Année 1959. — N° 8. Le Numéro : 50 francs. 6 Mai 1959.

JOURNAL OFFICIEL
DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE

ABONNEMENTS : METROPOLE ET FRANCE D'OUTRE-MER : 800 fr. ; ETRANGER : 1.200 fr.
(Compte chèque postal : 9063.13, Paris.)

PRIÈRE DE JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE aux renouvellements et réclamations | DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION QUAI VOLTAIRE, N° 31, PARIS-7e | POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE AJOUTER 20 FRANCS

SESSION DE 1959

Séance du 21 Avril 1959.

SOMMAIRE

Problème de la protection maternelle et infantile (1).
Etude des tableaux d'échanges intersecteurs (1).

PROBLEME DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

(Question dont le Conseil économique s'est saisi lui-même en application de l'article 1er de la loi organique du 20 mars 1951 et de l'article 28 de son règlement intérieur.)

1° Rapport, présenté au nom du Conseil économique, par M. P. Noddings.

SOMMAIRE

CHAPITRE Ier. — *Les origines de la protection maternelle et infantile et les objectifs de la législation de 1945.*

A. — Les origines de la protection maternelle et infantile.

B. — Les objectifs de la législation de 1945.
- 1° Les objectifs démographiques.
- 2° Les objectifs sanitaires.
  - a) Principes généraux.
  - b) Protection des parents.
  - c) Protection des enfants.
  - d) Résumé des dispositions.
- 3° Objectifs sociaux et familiaux.
  - a) Objectifs sociaux.
  - b) Objectifs familiaux.

CHAPITRE II. — *Organisation générale de la P. M. I. — Les méthodes. — L'équipement.*

I. — L'organisation générale de la P. M. I. et la période de mise en place des services.
- a) L'organisation de la P. M. I.
- b) Le personnel concourant à la P. M. I.

II. — Les méthodes de la surveillance médico-sociale et l'équipement des services.
- a) Période préconceptionnelle.
- b) Surveillance des femmes enceintes et surveillance postnatale.
- c) Surveillance médico-sociale des enfants.
- d) Placement d'enfants hors du domicile familial.
- e) Garderies et jardins d'enfants.
- f) Autres activités dans le cadre de la P. M. I.

CHAPITRE III. — *Les moyens financiers de la politique de P. M. I*

Section I. — Les dépenses de fonctionnement.

A. — La part des collectivités publiques.
- a) Dépenses de caractère obligatoire.
- b) Dépenses non obligatoires.

B. — Participation des organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales.
- Action de la sécurité sociale du régime général.
- Participation des caisses d'allocations familiales.
- L'action de la mutualité sociale agricole.
- Participation des œuvres privées sanitaires et sociales.

Section II. — Les dépenses d'équipement de la P. M. I.

CHAPITRE IV. — *Les résultats.*
- I. — Mortalité maternelle.
- II. — Mortinatalité.
- III. — La mortalité infantile.
- IV. — Mortalité des enfants de 1 an à 4 ans.

(1) Le compte rendu analytique des débats consacrés à cette question figure au *Bulletin du Conseil économique* n° 8 du 22 avril 1959.

CHAPITRE V. — *La protection maternelle et infantile en 1959.*
Section I. — Les problèmes médicaux en 1959
1° Problèmes de la mortalité infantile: les causes, les moyens de la réduire.
A. — Mortalité au cours de la première année.
B. — Les causes de mortalité entre 1 an et 4 ans
2° Autres problèmes médicaux.
Section II. — Les aspects sociaux de la P. M. I.
a) La période de gestation et l'accouchement.
b) Le développement de l'enfant.
c) Crèches et pouponnières.
d) L'éducation sanitaire.
e) Autres problèmes sociaux
Section III. — Quelques problèmes financiers
A. — Dépenses de fonctionnement.
B. — Le plan d'équipement sanitaire et social
Section IV. — Aspects administratifs.
CONCLUSION GÉNÉRALE.
ANNEXES :
Annexe I.
I. — Exposé des motifs de l'ordonnance du 2 novembre 1945 (*Journal officiel* du 5 novembre 1945) et ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.
II. — Code de la santé publique.
Annexe II.
I. — Taux de mortalité infantile par département (pour 1.000 habitants).
II. — Comparaison entre la natalité, la mortalité néo-natale et la mortalité postnatale.
III. — Evolution des subdivisions de la mortalité fœto-infantile (*Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, n° 4, octobre-décembre 1958).
Annexe III. — Causes de mortalité infantile (1958). — Tableau. — (Source: *Bulletin mensuel de statistiques* de mars 1959.)
Annexe IV. — Rapport de la commission de l'équipement sanitaire et social du troisième Plan (partie consacrée à la protection maternelle et infantile).

La protection maternelle et infantile a été codifiée — et véritablement organisée sous sa forme actuelle — par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Cette ordonnance a deux caractères principaux. D'une part, elle rassemble des textes plus anciens et leur donne une efficacité accrue, d'autre part elle prépare, dans plusieurs domaines, une action nouvelle pour faire diminuer, notamment, la mortalité infantile extrêmement élevée des années de guerre et aussi de l'année 1945.

L'action entreprise a été menée avec de grands moyens. Conjuguée avec une législation de compensation de charges familiales et avec la mise en place de la sécurité sociale, elle a permis d'atteindre rapidement des résultats extrêmement encourageants, dont le plus spectaculaire est la baisse rapide et profonde de la mortalité infantile. Elle est toute à l'honneur tant des pouvoirs publics que des nombreuses initiatives privées qui lui ont apporté un très précieux concours. Si, dans le domaine de la sécurité sociale et spécialement des prestations familiales, la dégradation des mesures initiales est, hélas, évidente, la P. M. I. a eu l'avantage d'être poursuivie avec fidélité.

Le ministre de la santé a publié en 1952 un rapport sur la mise en œuvre de cette législation de la protection maternelle et infantile pendant la période quinquennale 1946-1951. Un second rapport a été publié le 8 février 1958 et on dispose maintenant de renseignements synthétiques très précis sur dix années d'efforts pour la santé physique et mentale des enfants en bas âge et pour la santé de leurs mères.

La commission a tenu à compléter ces informations d'ordre général. Elle a entendu d'abord le représentant du ministre de la santé. Elle a entendu ensuite les représentants des principaux organismes qui se sont directement intéressés à la protection maternelle et infantile: la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'allocations familiales, la Mutualité sociale agricole et l'Union nationale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales:

Mme le docteur Viguié, représentant M. le ministre de la santé publique, directeur adjoint de la santé chargé de la P. M. I.;

M. Lebel, directeur de l'U. N. C. A. F.;

M. Girard, sous-directeur de la F. N. O. S. S.;

M. Jourdain, directeur à l'Union des caisses centrales de la mutualité agricole;

M. Prigent, directeur général de l'U. N. I. O. P. S. S., ancien ministre de la santé.

Les problèmes s'étant modifiés progressivement depuis 1945, les méthodes de la protection maternelle et infantile ont dû être adaptées. Des questions nouvelles se sont posées dans le domaine de l'hygiène mentale par exemple. Des problèmes comme celui de la séparation, quelquefois inévitable, entre la mère et l'enfant, ont pu être abordés plus directement.

Mais la France reste encore un pays où la mortalité infantile est trop élevée, malgré les très rapides progrès accomplis en quelques années. Le moment semble donc venu de faire le bilan de cette action, et de prévoir quels seront ses développements ultérieurs au cours des prochaines années. De nombreux objectifs à l'action de P. M. I. doivent certainement être fixés. Le Conseil économique a cherché dans quelles directions principales il convenait maintenant de progresser.

Après un bref rappel des origines de la protection maternelle et infantile et l'examen rapide des objectifs de la législation de 1945, le rapport de la commission comprendra une analyse des moyens de la P. M. I. et des résultats obtenus. Les problèmes médicaux, sociaux et financiers posés par les activités de P. M. I. en 1959 seront abordés ensuite. Les suggestions de la commission porteront sur quelques points précis, à l'exclusion du reste.

Les mesures préconisées par la commission sont situées dans un contexte social et familial, qu'on ne négligerait pas sans arbitraire. Il ne faut jamais oublier, d'ailleurs, que dans un pays l'état des méthodes de lutte contre la mort des nourrissons et des jeunes enfants reste à ce jour l'un des meilleurs tests du développement économique et social. Le rang de la France, à cet égard, est encore trop modeste en Europe et dans le monde

CHAPITRE Ier

LES ORIGINES DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET LES OBJECTIFS DE LA LEGISLATION DE 1945

A. — Les origines de la protection maternelle et infantile.

C'est la loi Roussel de 1874 qui marque la première intervention significative des pouvoirs publics dans le domaine de la protection de l'enfance. Cette loi avait essentiellement pour but de protéger l'enfant âgé de moins de deux ans « placé en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents ». Son adoption marquait un très grand progrès. Cependant les moyens mis à la disposition des personnes chargées de surveiller les nourrices et d'examiner les enfants restaient très insuffisants, et si des résultats importants ont été obtenus, la mortalité des enfants confiés à des personnes étrangères à la famille est restée encore longtemps très supérieure à la mortalité des enfants qui recevaient directement des soins de leur mère.

Il faut attendre 1913 pour voir appliquées de nouvelles mesures encore trop partielles: la loi d'assistance aux femmes en couches (ou loi Strauss du 17 janvier 1913). Cette loi devait, dans l'esprit des promoteurs, permettre à la mère nécessiteuse d'interrompre pendant quelques semaines son activité professionnelle pour se reposer immédiatement avant et après l'accouchement. Mais le taux de l'allocation accordée à la mère pour remplacer le salaire était notoirement insuffisant. De plus, les mesures de contrôle restaient pratiquement inefficaces; on n'était pas certain que la femme se reposait réellement.

En 1917, une loi créait les chambres d'allaitement: « Tout employeur occupant plus de cent femmes âgées de plus de quinze ans » peut être tenu de créer une chambre d'allaitement. En fait, aucune obligation réelle n'était imposée aux entreprises, et l'organisation de ces chambres d'allaitement à l'intérieur de l'usine ou de l'entreprise a posé souvent des problèmes complexes d'aménagement des locaux qui n'ont pas toujours été résolus dans de bonnes conditions. Enfin, il est probable que de nombreuses femmes sont dans l'incapacité physique de poursuivre leurs travaux professionnels et d'allaiter convenablement leur nourrisson. Il est toujours difficile de concilier une activité professionnelle absorbante et les tâches d'une mère de famille. Ces exigences, de nature différente dans certains cas, se contrarient l'une l'autre, ou même, à la limite, s'excluent. La période de l'allaitement maternel du nourrisson est à cet égard particulièrement délicate.

La loi sur les primes d'allaitement (ou loi Doisy du 24 octobre 1919) est intéressante dans la mesure où elle encourage l'allaitement maternel par des prestations. Ce principe a été conservé dans l'ordonnance de 1945 sur la protection maternelle et infantile, où il reçoit plusieurs applications. On s'est rendu compte qu'on augmentait très largement l'efficacité d'une mesure d'encouragement quand on lui donnait une sanction financière.

Quelques années plus tard, le législateur a élargi le champ d'action de la loi Roussel sur la surveillance des enfants placés hors du domicile maternel en l'étendant à d'autres catégories d'enfants. L'âge des sujets sur lesquels s'exerce la protection a été élevé jusqu'à trois ans (décret-loi du 30 octo-

bre 1935). Dès 1931, d'ailleurs, une circulaire du ministre de la santé publique avait engagé les préfets à « procéder à une organisation rationnelle de la protection maternelle et infantile dans le cadre départemental ». La protection tendait, dès cette date, à se généraliser à toutes les catégories d'enfants.

Mais, dans ce domaine, la législation n'est pas tout. L'action légale a été presque toujours précédée par les initiatives d'œuvres privées. L'expérience acquise par ces institutions a été mise à profit plus tard pour organiser systématiquement la protection de tous les enfants en bas âge et de toutes les mères, quelles que soient leurs origines et leur situation de fortune.

La valeur de cette expérience se mesure d'ailleurs facilement par les progrès obtenus dans la lutte contre la mortalité infantile, par certaines de ces institutions. L'organisation de consultations de nourrissons et de visites à domicile de médecins et d'infirmières qualifiés a permis dès les années de 1930 de préciser la doctrine qui deviendra celle de la protection maternelle et infantile, et de définir les moyens d'action les plus efficaces. D'ailleurs, les œuvres privées, contrôlées certes par les services de santé publique, continuent de jouer un rôle important.

Il convient de se reporter, pour mieux connaître les débuts de la P. M. I., au remarquable rapport sur « l'organisation rationnelle de la protection de l'enfance », présenté par le docteur Rocaz à la journée du comité français de l'union internationale pour la protection de l'enfance le 4 octobre 1931. Ce document annonce déjà les grandes orientations de la législation de 1945.

Ces années d'avant-guerre ont été très fécondes. On a assisté à la création des maisons maternelles, des premières consultations de nourrissons et des consultations prénatales.

Un personnel spécialisé a été formé. Les infirmières visiteuses ont commencé à jouer, dès cette époque, un rôle qui n'a cessé de s'accroître.

Une nouvelle étape législative importante est marquée par l'adoption du « Code de la famille », le 29 juillet 1939. Ce ne sont pas tant les mesures en faveur des femmes enceintes, des femmes en couches et des nourrissons qui doivent retenir ici l'attention, que l'ensemble des dispositions prises qui intéressent les familles. Ces mesures qui forment un ensemble cohérent créent le climat favorable à une bonne protection de la femme et de l'enfant. Le code de la famille avait aussi des objectifs très précis sur le plan démographique. Cet aspect du problème dépasse le cadre de ce rapport, bien que la mortalité infantile ait une incidence nette sur les effectifs de la population et son avenir.

L'acte dit loi du 16 décembre 1942 réunissait un grand nombre de dispositions qui auraient pu être efficaces si elles avaient été appliquées. Les circonstances de guerre ont empêché cette législation d'avoir son plein effet. En réalité, il faut attendre l'ordonnance de 1945 pour que les moyens suffisants soient donnés à la protection maternelle et infantile.

B. — Les objectifs de la législation de 1945.

L'ordonnance du 2 novembre 1945 définit les principes fondamentaux de la P. M. I. et prépare la mise en œuvre de ses moyens d'action. Ce texte a été pris à la fois pour des raisons de circonstances — la mortalité infantile avait atteint dans certains secteurs « le taux effrayant de 220 p. 1.000, soit presque le quart des naissances » — mais aussi pour obtenir des résultats à long terme tenant compte des expériences faites entre les deux guerres. Enfin, l'aspect démographique de la lutte contre la mortalité infantile était marqué très vigoureusement. On verra que ce problème, sans être négligeable dans les préoccupations du ministère de la santé et de la population, a cessé d'être mis au premier plan au cours des années récentes.

En effet, la lutte contre la maladie et contre la mort, dont la P. M. I. est un aspect et non des moindres, est inséparable d'une action plus spécifiquement sociale qui la prolonge ou la prépare; cette action concerne aussi les problèmes plus généraux de la vie familiale dans le monde contemporain.

L'exposé des motifs indique les intentions du Gouvernement provisoire:

« La mortalité infantile atteint actuellement en France des chiffres si alarmants que des mesures rigoureuses doivent être prises immédiatement pour l'enrayer.

« Depuis quarante ans, des efforts persévérants avaient fait tomber la mortalité infantile des enfants de moins d'un an de 15 à 6,5 p. 100 en 1938.

« Depuis cette date, la mortalité infantile a cessé de décroître et a même dangereusement remonté. Au début de 1945, dans certains secteurs, elle a même atteint le taux effrayant de 22 p. 100, soit presque le quart des naissances.

« C'est pour la France une question de vie ou de mort que de l'enrayer dans le plus bref délai.

« Conformément au code de la famille promulgué le 29 juillet 1939, le décret du 3 novembre 1939, complété par celui du 24 avril 1940 avait institué un ensemble de mesures destinées à la protection de la maternité et de l'enfance. Ces mesures rendaient obligatoires pour tous les départements la constitution, conformément à un règlement modèle type, de l'armement sanitaire indispensable. Elles ne furent malheureusement pas appliquées de 1940 à 1942, mais inspiraient l'acte dit loi du 16 décembre 1942, relatif à la protection de la maternité et de l'enfance; cet acte, toutefois, reste pratiquement lettre morte.

« La question se pose donc de savoir s'il fallait valider l'acte dit loi du 16 décembre 1942, remettre en vigueur le décret du 24 avril 1940 ou promulguer une nouvelle loi.

« Après de longues études, il a paru préférable d'élaborer un texte qui réunit les prescriptions essentielles du décret du 24 avril 1940 et de l'acte dit loi du 16 décembre 1942 et leur ajouter certaines dispositions techniques nouvelles.

« On peut attendre de ces mesures l'abaissement massif de la mortalité infantile, et il y a lieu d'espérer que, dans les deux ans qui suivront la promulgation de la loi, nous reviendrons aux chiffres de 1939; une application stricte du texte devrait même permettre d'abaisser ce taux à la moyenne normale pour un pays civilisé.

« En effet, dès à présent, malgré toutes les difficultés et les carences de l'époque, la mortalité infantile a été maintenue aux environs de 5 p. 100 dans certaines collectivités restreintes, où des mesures techniques comparables à celles que la loi nouvelle va généraliser ont pu être appliquées.

« A une époque de son histoire où la France a un besoin vital d'accroître sa population, le premier devoir qui s'impose aux pouvoirs publics est de sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde, et la présente ordonnance apparaît, en la matière, comme une véritable mesure de salut public ».

1° Les objectifs démographiques

Tous les gouvernements depuis juillet 1939 jusqu'à la fin de 1945, comme le rappelle l'exposé des motifs de l'ordonnance de 1945, ont poursuivi des efforts pour enrayer le déclin démographique. Ce souci ne pouvait être étranger au ministère de la santé et de la population quand il a préparé l'ordonnance du 2 novembre 1945.

L'année 1945 avait vu remonter les taux de mortalité infantile à un niveau tel qu'un siècle de progrès médical et social semblait annulé par les misères de l'époque. Alors que le taux de mortalité infantile était de 67 p. 1.000 en 1938, il avait atteint en 1945 le taux moyen catastrophique de 108 p. 1.000. Cette situation était jugée d'autant plus intolérable que les taux de mortalité des années d'occupation, bien qu'en hausse sensible par rapport aux années d'avant-guerre, étaient restés pourtant d'un niveau très inférieur.

Dans un pays vieilli par une évolution démographique séculaire aggravée par les conséquences de la guerre de 1914-1918 — la France comptait et compte encore la plus grande proportion de vieillards dans le monde — épuisé par cinq années de guerre, dont quatre d'occupation, la mort très fréquente des jeunes enfants, au moment où les mesures prises pour protéger la famille et assurer son existence matérielle allaient être amplifiées, était un des phénomènes les plus révoltants, et le résultat de la paradoxale misère d'un pays qui se comptait parmi les vainqueurs de la guerre. Que l'on songe seulement aux dizaines de milliers de décès d'enfants qui auraient été évités et qui sont venus alourdir le terrible bilan démographique de la guerre.

Il n'est pas surprenant, dans des conditions pareilles, que le souci démographique ait été mis en 1945 au premier plan des préoccupations de la P. M. I.

2° Les objectifs sanitaires

a) *Principes généraux.*

Dans le domaine sanitaire, la législation de 1945 donne aux services de la P. M. I. — qu'elle crée là où ils n'existent pas et dont elle amplifie l'action ailleurs — les moyens de provoquer une réduction massive de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle et de réduire, autant que possible, les risques courus par la mère et l'enfant en bas âge. Dans ce but, elle organise d'abord une surveillance médicale de toutes les femmes enceintes, et prévoit la mise en place sur tout le territoire de services chargés de surveiller le développement des enfants en bas âge. Des mesures sont prises également pour donner aux futurs conjoints toutes les indications utiles sur les conséquences de leur mariage dans le domaine sani-

taire. Les objectifs sur le plan sanitaire sont inséparables d'une analyse des moyens mis en œuvre, qui seront très rapidement considérables.

La protection sanitaire et sociale s'étend aux femmes enceintes et aux mères, aux enfants du premier âge qui n'ont pas deux ans révolus et aux enfants du second âge, c'est-à-dire les enfants de trois à cinq ans révolus. La protection médico-sociale est organisée dans le cadre du département qui est divisé en circonscriptions et en secteurs. Chaque circonscription est pourvue d'une « centre de protection maternelle et infantile » et comprend autant de consultations de nourrissons et de consultations prénatales que l'exigent les besoins de la population. On verra que les normes fixées par les textes d'application de l'ordonnance ont été modifiées par l'expérience acquise.

« Dans chaque département le service de la protection maternelle et infantile, au point de vue médico-social et administratif, est confié, sous le contrôle de l'inspection régionale de la santé, au directeur départemental de la santé. »

Enfin, « dans chaque département le préfet fixe les modalités suivant lesquelles devra être coordonnée l'activité de tous les services sociaux concourant à la protection maternelle et infantile ». Toutes les institutions publiques et privées sont donc contrôlées et doivent respecter les règles de base fixées par la législation.

Après ces dispositions générales qui définissent les principes de la protection maternelle et infantile, l'ordonnance reprend dans son titre II les dispositions de 1942 sur l'examen médical des futurs époux avant le mariage. Cet examen a pour but d'attirer l'attention de chacun des futurs conjoints sur « les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance ». Le résultat de cet examen est secret. L'autorité médicale ou l'autorité administrative ne peuvent faire obstacle à un projet de mariage si le certificat est produit par le futur conjoint. La législation française n'a aucun caractère eugénique contraignant.

b) *Protection des parents.*

Le titre III organise « la protection des parents ».

Il s'agit essentiellement de soumettre les femmes enceintes à un contrôle médical obligatoire: trois visites au cours de la grossesse. Ce contrôle n'est pas nécessairement effectué par les organismes de la protection maternelle et infantile. La femme enceinte peut choisir librement son médecin. Ces visites comportent obligatoirement une série d'examens qu'il est possible de faire exécuter dans un centre de médecine sociale. L'inobservation de ces règles est sanctionnée par la perte « des allocations de toutes natures versées par l'Etat, les collectivités publiques ou les établissements publics, par les caisses de sécurité sociale ». Comme certaines de ces allocations ont été fixées en 1946 à un niveau relativement élevé, cette sanction est très sérieuse.

Mais le législateur ne s'en est pas tenu là, il a créé des primes d'assiduité, soit en espèces, soit en nature, qui sont accordées « aux futures mères qui fréquenteront régulièrement les consultations prénatales et les séances de vulgarisation organisées par ces consultations et au cours desquelles les intéressées acquerront les premières notions de puériculture ».

L'ensemble des dispositions devrait donc s'appuyer, pour fonctionner et s'étendre à toutes les femmes enceintes, d'abord sur un équipement sanitaire et social important qu'il fallait dans une large mesure mettre en place en 1945. Un contrôle relativement sévère est organisé et l'action de persuasion auprès du public est renforcée par des sanctions financières importantes (pertes de prestations) pour les femmes qui ne se soumettraient pas aux prescriptions de la protection maternelle et infantile. Le secret médical et le droit au libre choix du praticien sont entièrement respectés; les plus grandes facilités sont offertes aux futures mères qui utiliseront les services de la médecine sociale.

De plus, mais pratiquement cette disposition a joué assez rarement, il peut être procédé « à un examen général du père... » et même des autres ascendants.

Des assistantes sociales visitent à domicile les femmes enceintes « dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière » et assurent la « protection sociale » de la future mère, qu'il faut distinguer de la surveillance et de la protection sanitaire. On verra comment ces dispositions ont joué en pratique.

c) *Protection des enfants.*

Le principe est posé à l'article 15: « jusqu'au début de l'obligation scolaire, tous les enfants sont l'objet d'une surveillance sanitaire préventive, et éventuellement d'une surveillance sociale ». Cette surveillance, qui est exercée à domicile par les assistantes sociales, porte plus particulièrement sur les enfants placés en nourrice, en sevrage, en garde, sur les enfants dont les parents reçoivent des secours et sur les enfants « dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou ivresse ».

Mais cette protection à domicile est très difficile à réaliser sur l'ensemble du territoire et les enfants qui en auraient besoin n'entrent certainement pas tous dans les catégories qu'on vient d'énumérer. Ce problème est évoqué dans les rapports ministériels sur le fonctionnement de la P. M. I. Des solutions ont été trouvées.

La création dans toutes les circonscriptions de la protection maternelle et infantile de consultations de nourrissons rend possible l'organisation efficace d'une médecine préventive généralisée au plus grand nombre d'enfants. A l'occasion de ces consultations les jeunes mères reçoivent des conseils pour les soins à donner à leurs enfants et sont encouragées matériellement (primes d'assiduité, médicaments et lait vendus à des prix réduits). La fréquentation de ces consultations n'est pas obligatoire.

L'ordonnance prévoit que « tout enfant est pourvu d'un carnet de santé délivré gratuitement par le maire, lors de la déclaration de naissance ».

Enfin, l'ordonnance reprend toute la législation antérieure sur la protection des enfants placés en nourrice ou en garde et sur la surveillance des nourrices.

Ces dispositions s'appliquent à tout le monde. Par exemple l'ordonnance précise que « nul ne peut prendre chez lui une nourrice au sein ou donneuse de lait sans que celle-ci soit munie des divers certificats prévus par la loi. Il doit dans les quarante-huit heures de l'arrivée de la nourrice en faire la déclaration à la mairie de sa résidence... ». Les infractions à ces dispositions sont punies d'amendes.

d) *On pourrait résumer ces dispositions* en disant que l'ordonnance cherche, d'une part, à étendre à l'ensemble de la population les meilleures méthodes médicales de soins aux enfants, aux femmes enceintes, aux femmes en couches; d'autre part, à généraliser l'aide à apporter aux mères pour élever leurs jeunes enfants et pour qu'elles bénéficient elles-mêmes d'une protection sanitaire générale.

3° OBJECTIFS SOCIAUX ET FAMILIAUX

a) *Objectifs sociaux.*

Toute action de lutte contre la mortalité et la morbidité est assortie d'une action proprement sociale d'amélioration des conditions de vie. Cet aspect du problème n'a pas échappé aux rédacteurs de l'ordonnance.

En premier lieu, tout ce qui est fait pour assurer la protection sanitaire des enfants et des femmes est mis à profit pour provoquer un dialogue entre les services sociaux et les mères de famille et une intervention de ces services sociaux chaque fois que cela parait utile.

En second lieu, l'ordonnance allège les servitudes professionnelles de la future mère. Des allocations journalières de repos sont créées pour permettre à la mère salariée disposant de ressources modestes de se reposer six semaines avant l'accouchement et les huit semaines qui suivent. Mais l'ouverture des droits à cette prestation et leur maintien sont soumis à deux conditions: qu'il s'agisse d'une femme exerçant habituellement une profession, « qu'elle observe tout le repos compatible avec les exigences de la vie domestique », enfin qu'elle se soumette en général « aux prescriptions de la présente ordonnance ». Le taux de l'allocation journalière est fixé, dans les limites d'un minimum et d'un maximum, « par décret pris sur le rapport du ministre des finances et du ministre de la santé publique ».

Enfin, la P. M. I. utilise les services d'assistantes sociales pour provoquer des interventions médicales, décidées par le médecin chef du centre de protection maternelle et infantile de la circonscription intéressée et par le directeur départemental de la santé. Des mesures d'urgence peuvent être prises « en vue de sauvegarder la vie et la santé de l'enfant ».

L'action sociale de la P. M. I. comprend encore des tâches de contrôle et de surveillance des maisons maternelles, crèches, pouponnières, chambres d'allaitement, consultations de nourrissons, etc. et en général de tous les établissements qui s'occupent de la mère et de l'enfant. Ce contrôle s'étend naturellement aux organismes privés, qui doivent d'ailleurs être préalablement agréés.

C'est ici le lieu d'évoquer brièvement les établissements publics concourant à la P. M. I. L'ordonnance prévoit la création de « centres municipaux de protection maternelle et infantile » où sont organisées les consultations prénatales et postnatales. Ces centres qui comprennent obligatoirement toutes les consultations nécessaires pour les soins à donner à la mère et aux enfants, fonctionnent en contact étroit avec des services antituberculeux, antivénériens et des laboratoires d'analyses médicales.

b) *Objectifs familiaux.*

Ils sont indirects. On peut dire d'une part que la législation sur la P. M. I. assure la présence de la mère dans son foyer, à un moment crucial, la fin de la grossesse, d'autre part qu'elle encourage la mère à s'occuper le plus complètement possible de son enfant. L'allaitement maternel par exemple, que la P. M. I. veut favoriser est pratiquement incompatible avec une activité professionnelle à l'extérieur du foyer. La disparition progressive des « chambres d'allaitement » de la loi de 1917 est d'ailleurs là pour le démontrer.

En outre, la P. M. I. collabore avec la famille pour l'éducation de l'enfant. Ces activités très intéressantes à étudier, puisque progressivement tous les problèmes posés par la vie du nourrisson ou de l'enfant de moins de cinq ans entrent dans la compétence de la P. M. I., se sont développées surtout au cours des dernières années. Cette question sera examinée plus longuement dans la suite du rapport sur les perspectives de la P. M. I.

***

L'ordonnance du 2 novembre 1945 constitue une véritable codification des textes antérieurs. Les résultats principaux obtenus par cette législation sont présentés dans les deux rapports quinquennaux pour les périodes 1946-1950 et 1951-1955, publiés par le ministre de la santé, conformément aux prescriptions de l'ordonnance.

On verra que cette législation, très exigeante si l'on considère la situation économique et sociale dans laquelle se trouvait la France en 1945, a permis de mettre en œuvre un immense programme d'action dont les parties essentielles ont été exécutées dans des délais très brefs. Les résultats obtenus en quelques années ont permis de fixer de nouveaux objectifs beaucoup plus ambitieux que ceux de 1945, mais aussi beaucoup plus difficiles à atteindre. La France a donné une preuve de vitalité remarquable en redressant très largement sa situation dans un domaine étendu et particulièrement significatif.

CHAPITRE II

ORGANISATION GENERALE DE LA P. M. I. — LES METHODES L'EQUIPEMENT

Il n'est pas question, dans ce rapport, de décrire dans le détail l'organisation de la P. M. I. Des renseignements de cet ordre sont donnés de façon très complète dans le deuxième rapport du ministère de la santé. On trouvera d'ailleurs, en annexe au présent travail, les informations indispensables; il ne porte pas sur le fonctionnement de la P. M. I. dans tous les domaines, mais sur quelques problèmes soigneusement choisis et limités, qui seront évoqués dans sa dernière partie.

Pour accomplir ses multiples tâches, la P. M. I. devait développer des services, employer un personnel nombreux et qualifié, couvrir le territoire national d'un réseau d'établissements de consultations, renforcer enfin le contrôle des institutions existantes.

I. — L'organisation générale de la P. M. I. et la période de mise en place des services.

a) L'organisation de la P. M. I.

Le deuxième rapport ministériel sur la P. M. I. (couvrant la période du 1er janvier 1952 au 31 décembre 1956) rappelle brièvement que la mise en pratique des dispositions prévues par l'ordonnance du 2 novembre 1945 implique l'existence d'une organisation administrative, « l'intervention d'un nombreux personnel médico-social, ... un équipement spécialisé réparti sur l'ensemble du territoire et comportant, notamment, des consultations prénatales, des consultations de nourrissons et des consultations d'enfants du second âge » (1).

L'importance de l'action engagée peut être montrée par quelques chiffres sur les effectifs des femmes à surveiller pendant leur grossesse et immédiatement après l'accouchement et sur la population enfantine du premier et du second âge. En 1951, il y avait 843.300 accouchements et en 1956, 821.500, ces chiffres étaient plus élevés encore au cours des années 1946, 1947, 1948 et 1949. La population enfantine a évolué de la façon suivante: au 31 décembre 1951, 2.462.000 enfants de 0 à 2 ans et 2.423.000 de 3 à 5 ans, soit un total de 4.885.000; au 31 décembre 1956, les enfants de 0 à 2 ans étaient au nombre de 2.344.900 et les enfants du second âge, 3 à 5 ans, de 2.332.200, soit au total une population enfantine à surveiller de 4.677.100. On voit que les effectifs de femmes enceintes et de la population enfantine ont peu varié au cours des dernières années. D'ailleurs, la natalité des années les plus récentes a peu varié, 813.000 naissances en 1957 et 805.000 en 1958. Pratiquement, le nombre des naissances est resté stable, légèrement au dessus de 800.000 depuis six ans.

L'organisation proprement dite de la P. M. I. comprend trois échelons: national, départemental et communal.

A l'échelon national, le ministère de la santé publique et de la population assure le contrôle supérieur de l'organisation de la P. M. I. Au point de vue technique et administratif, il prépare les textes relatifs à la protection médico-sociale des mères et des enfants... Il exploite les rapports annuels envoyés par les départements... Il assure l'étude particulière des questions relatives à la mortalité infantile.

Au point de vue financier, le ministère est chargé du contrôle des dépenses de fonctionnement des services départementaux de protection maternelle et infantile et du versement aux départements de la participation de l'Etat à ces dépenses.

Il attribue chaque année des subventions de fonctionnement aux organismes non pris en charge au titre de l'ordonnance du 2 novembre 1945 (crèches, pouponnières et gouttes de lait).

Il est assisté de deux organismes consultatifs techniques, la commission de la protection sanitaire de l'enfance et la commission de la maternité du conseil permanent d'hygiène sociale. Un bureau du ministère de la santé est chargé du secrétariat de ces deux commissions.

A l'échelon national, il ne faut pas omettre non plus de mentionner le rôle joué par l'institut national d'hygiène. Les statistiques de mortalité infantile sont établies par cet organisme qui effectue encore des enquêtes sur les problèmes intéressant *les mères et les enfants*.

A l'échelon départemental, le conseil général inscrit au budget départemental et vote les crédits nécessaires au fonctionnement des services de la P. M. I. Pratiquement le rôle du conseil général s'arrête là. S'il ne prévoyait au budget départemental que des sommes insuffisantes, les sommes nécessaires seraient inscrites d'office par l'autorité administrative. Il reste que les départements assurent dans des conditions très inégales le financement de la P. M. I. De nombreux départements ont encore des efforts à accomplir dans ce domaine. Le préfet arrête les prévisions de recettes et de dépenses du service de la P. M. I. Il « provoque les initiatives pour compléter, s'il y a lieu, les effectifs et l'organisation des services; il autorise, sur avis du directeur départemental de la santé, les établissements et particuliers à exercer leur activité en faveur de la protection maternelle et infantile, toute décision de refus devant être motivée (art. 31 de l'ordonnance du 2 novembre 1945, art. L. 180 du code de la santé publique). Il agrée, sur avis du directeur départemental de la santé, les médecins concourant au fonctionnement du service de la protection maternelle et infantile ».

La direction et l'administration du service sont assurées par le directeur départemental de la santé. C'est lui qui, pratiquement, propose chaque année aux préfets le budget du service. « Avec l'aide de l'assistante sociale chef (ce poste n'est pas pourvu dans tous les départements), il contrôle le travail des assistantes sociales concourant à la P. M. I. Il assure la surveillance et le contrôle au point de vue médical et technique de tous les établissements et des particuliers concourant à la protection, à la garde et au placement des enfants du premier et du second âge ».

Le contrôle financier du service est assuré par le directeur départemental de la population.

Les directeurs départementaux de la santé sont aidés dans leur tâche sur le plan technique par des spécialistes de pédiatrie et d'obstétrique « qui assistent respectivement aux séances de la commission de protection sanitaire de l'enfance et de la commission de la maternité ».

A l'échelon communal, le maire « délivre le carnet de santé lors de la déclaration de la naissance de l'enfant. Il reçoit les déclarations des parents qui placent leurs enfants en nourrice ou en garde pour une durée supérieure à huit jours ».

Les communes jouent enfin un rôle important dans la création ou l'aménagement des établissements de P. M. I. Elles assumaient en partie les dépenses de fonctionnement jusqu'au 1er janvier 1956, date à laquelle ces dépenses ont été *prises entièrement en charge par l'Etat*.

b) Le personnel concourant a la P. M. I.

Ce personnel comprend essentiellement des médecins et des assistantes sociales. Les sages-femmes, et des spécialistes en nombre encore restreint, les puéricultrices, jouent aussi un rôle dans certaines régions ou dans certains services.

(1) Toutes les citations de ce chapitre sont tirées du rapport du ministère de la santé sur la P. M. I. au cours de la période du 1er janvier 1952 au 31 décembre 1956.

Les médecins.

A la fin de 1956, le nombre des médecins collaborant aux services de P. M. I. atteignait 7.000. L'immense majorité d'entre eux sont des omni-praticiens qui consacrent une partie de leur activité à la P. M. I.; 380 médecins avaient reçu une formation particulière en obstétrique et 900 en pédiatrie. Les effectifs de médecins chargés de la P. M. I. ont augmenté de 2.000 de 1951 à 1956.

Un petit nombre de médecins, « les médecins de protection maternelle et infantile », exerçaient leur activité à temps complet au service de la P. M. I. (leur effectif n'avait pas dépassé 49 à la fin de 1956 répartis dans 29 départements).

Les attributions des médecins à temps complet sont de deux ordres. D'une part, ils assurent les consultations de P. M. I., d'autre part ils contrôlent les maisons d'accouchement et les établissements de protection et de garde des enfants. Ils font fréquemment des conférences publiques aux assistantes sociales et ils sont chargés quelquefois d'améliorer les connaissances sanitaires des femmes enceintes. Il faut signaler le rôle particulier du médecin « agréé pour la protection maternelle et infantile » qui est chargé d'intervenir auprès des familles lorsque l'assistante sociale a constaté que l'état de santé d'un enfant était compromis par une insuffisance de soins ou des mauvais traitements.

Enfin, certains médecins sont adjoints au directeur départemental de la santé, notamment dans les départements à très forte population ou dans les départements dans lesquels existent de nombreux établissements climatiques.

Les médecins à temps partiel remplissent, dans la mesure du possible, les mêmes fonctions que les médecins à temps complet. Mais il est évident qu'ils consacrent la plus grande partie de leur temps à leur clientèle privée et qu'ils sont déchargés des tâches administratives qui incombent aux médecins à temps complet. Ces médecins sont rémunérés par vacation. Le temps qu'ils consacrent au service de la P. M. I. est très variable suivant les localités. Les préventions du corps médical à l'égard de la P. M. I., dans certaines régions, sont quelquefois à l'origine du système des médecins de P. M. I. à temps complet. Cette remarque ne doit pas être mal interprétée; le dévouement du corps médical, dans la très grande généralité des cas, n'est pas douteux.

Les assistantes sociales.

De 1946 à 1956, les effectifs d'assistantes sociales sont passés de 2.000 à 5.533. Dans ce total 2.407 relèvent des services publics et 3.126 des services semi-publics (caisse de mutualité agricole, caisses de sécurité sociale du régime général et des régimes spéciaux, caisses d'allocations familiales et services sociaux divers dont la Croix-Rouge et les œuvres privées). Il y a lieu de constater que, de 1951 à 1956, le nombre des assistantes sociales employées par les services semi-publics ou privés s'est accru un peu plus vite que le nombre des assistantes sociales des services publics. En général, une assistante sociale au service de la P. M. I. a la charge d'un secteur de 8.000 habitants. Mais la situation est très variable suivant les circonscriptions. On estime que le nombre des assistantes sociales devrait être accru pour permettre à ce personnel d'accomplir ses tâches multiples.

Une assistante sociale chef de la protection maternelle et infantile est adjointe presque toujours au directeur départemental de la santé. Elle contrôle le travail et assure la discipline des assistantes sociales exerçant une activité à temps complet ou à temps partiel dans le domaine de la P. M. I.

Les assistantes qui participent aux tâches d'exécution du service social sont polyvalentes ou spécialisées. Les polyvalentes sont de beaucoup les plus nombreuses. Elles ont, outre leurs fonctions dans la P. M. I., de multiples activités dans le domaine de la protection sanitaire et sociale. Il n'est pas très facile de faire un bilan d'ensemble de l'activité des assistantes sociales dans le domaine de la P. M. I. Les situations sont très variables suivant les départements. On verra d'ailleurs à la fin du rapport les conséquences d'une telle situation dans certaines régions qui conservent une mortalité infantile anormalement élevée pour un pays comme la France. « Le rôle imparti aux assistantes sociales, aux termes de l'ordonnance du 2 novembre 1945, apparaît comme la base même de l'organisation de la protection des mères et des enfants, les visites à domicile représentant, en effet, le seul procédé susceptible d'assurer le dépistage des catégories à l'égard desquelles l'action médico-sociale la plus active doit être entreprise, à savoir femmes enceintes et mères qui, d'elles-mêmes, ne prendraient aucune disposition pour leur surveillance sanitaire ou celle de leurs enfants. Les visites à domicile, d'autre part, constituent un complément, parfois indispensable, à l'action entreprise dans les consultations de prévention. »

Les assistantes sociales apportent leur aide aux consultations de P. M. I. et effectuent un certain nombre de démarches sociales; elles pratiquent des enquêtes et assurent des permanences. Elles participent donc à toutes les activités de la P. M. I., soit en effectuant des contrôles, soit en aidant les médecins qui concourent au fonctionnement du service. Aussi le ministère de la santé a-t-il jugé indispensable de faire un effort d'information très grand auprès des assistantes sociales et d'organiser des stages chaque année à Paris. Il existe aussi des réunions d'information organisées sur le plan départemental et sur le plan régional. Le rapport du ministère de la santé insiste sur la nécessité de mettre à la disposition des assistantes sociales des moyens de transport rapides et commodes (scooters, automobiles) et de leur fournir des machines à écrire pour alléger le lourd travail administratif qu'elles sont obligées d'accomplir et augmenter leur efficacité.

Le ministère regrette « que tous les départements n'aient pas compris leur devoir à ce sujet ». Il le regrette d'autant plus « qu'il prend désormais en charge *environ* 80 *p.* 100 *des dépenses de protection maternelle et infantile* ».

Autre personnel concourant à la P. M. I.

On sait que toutes les femmes enceintes sont tenues de suivre les prescriptions de la P. M. I. et donc de subir trois examens à des dates déterminées au cours de leur grossesse. Les sages-femmes peuvent pratiquer le second et le troisième examen prénatal de la femme enceinte. Mais le contrôle sanitaire des sages-femmes s'exerce surtout en clientèle particulière. « Trois cent sept sages-femmes seulement participaient en 1956 aux consultations de P. M. I. », indique le second rapport du ministère de la santé.

Depuis 1947, un diplôme d'Etat de puériculture a été créé. La durée des études est d'un an pour les personnes possédant déjà le diplôme d'Etat d'infirmière, de sage-femme ou d'assistante sociale. A la fin de 1956, seize écoles ont été agréées pour assurer la préparation de ce diplôme d'Etat; mais les effectifs disponibles de puériculture ne s'élevaient encore qu'à une centaine pour toute la France. Un personnel ne possédant pas cette spécialité occupe actuellement des postes qui devraient être assumés par des puéricultrices. Pendant de *nombreuses années encore, malheureusement, il faudra accepter cette situation.*

II. — Les méthodes de la surveillance médico-sociale et l'équipement des services.

La surveillance médico-sociale comprend les examens prénuptiaux, les consultations pré et postnatales, la surveillance médico-sociale des enfants (consultations de protection infantile et visites des assistantes sociales au domicile des enfants). Il n'a pas paru utile de développer longuement cette partie du rapport sur les méthodes et l'équipement. En effet, ces problèmes seront repris en détail dans la dernière partie de ce travail, lorsque seront examinés les problèmes particuliers sur lesquels la commission a davantage réfléchi, pour préparer les suggestions précises du Conseil économique.

a) Période préconceptionnelle

La population paraît avoir bien compris l'obligation de l'examen médical prénuptial. Cet examen a surtout joué un rôle important en matière de prévention de la tuberculose et de lutte contre la syphilis. Il faut rappeler que le résultat de ces examens est secret. Le médecin attire seulement l'attention de l'intéressé sur les maladies qu'il peut avoir contractées et qui, dans certains cas, auraient une influence néfaste sur sa descendance ou pourraient compromettre la santé de son futur conjoint. Le principe du libre choix est naturellement respecté dans l'accomplissement de ces examens.

b) Surveillance des femmes enceintes et surveillance postnatale

Les femmes enceintes, comme il a été dit plus haut, doivent subir trois examens, dont le premier doit se situer avant la fin du troisième mois de la grossesse. Cet examen est particulièrement important parce qu'il permet de confirmer l'état de grossesse, d'évaluer les risques éventuels de complications obstétricales et enfin de déceler des maladies qui, combattues

tardivement, peuvent provoquer des lésions irréversibles sur le fœtus. Par exemple, le dépistage précoce est très important « pour traiter avec efficacité la syphilis ».

Les deux autres examens prénataux, qui se situent au sixième et au huitième mois de la grossesse, sont des examens de contrôle dans le cas où l'état de santé de la future mère ne présente aucun caractère anormal. Le dernier examen, toutefois, permettrait de prendre des dispositions spéciales si l'accouchement prochain se révélait devoir être délicat.

En outre, l'ordonnance de 1945 a prévu l'examen du père. Dans certaines localités, à Nice par exemple, de nombreux pères ont répondu aux convocations de la P. M. I. Ailleurs, les futurs pères n'ont pas montré le même empressement. Mais le médecin de la protection maternelle et infantile peut toujours, quand il le juge utile, prendre des dispositions pour que le père soit examiné. Pratiquement, il n'intervient que pour des raisons médicales précises.

Enfin, les femmes qui viennent d'accoucher doivent subir un nouvel examen médical huit semaines après leur délivrance.

Pour accomplir ces tâches, le service de la P. M. I. a développé un équipement très important. Le nombre des consultations prénatales est passé, de 1946 à 1956, de 350 à 750. Certains départements ont organisé des consultations mobiles en utilisant des camions sanitaires. En 1956, la proportion des femmes enceintes inscrites dans ces consultations représente 15 p. 100 de l'effectif total. Elle était estimée à 18 p. 100 ou 20 p. 100 en 1951. Il y a donc une diminution notable. Les normes fixées par l'ordonnance de 1945 sur le nombre des consultations à ouvrir se sont révélées trop élevées.

De plus, seize centres de lutte contre la stérilité ont été organisés à Paris; d'autres centres existent dans les grandes villes de France, soit trente et un pour toute la France métropolitaine, qui constitue seulement le champ de ce rapport.

Indépendamment de toute considération démographique, la lutte contre la stérilité comporte nécessairement un équipement offrant aux femmes désirant devenir mères le maximum de garanties sanitaires et morales. De tels centres ne semblent pas d'ailleurs pouvoir être multipliés, en raison de la présence nécessaire de spécialistes hautement qualifiés.

c) Surveillance médico-sociale des enfants

En principe, tous les enfants jusqu'à cinq ans révolus sont l'objet d'une surveillance sanitaire préventive et, éventuellement, d'une surveillance sociale qui est exercée à domicile par les assistantes sociales.

Dans le cadre de la P. M. I., la surveillance médicale des enfants du premier âge, de zéro à deux ans, s'exerce principalement dans les consultations de nourrissons. Le nombre de ces consultations est passé de 2.000 en 1938 à 4.600 en 1946 et 8.200 en 1951. Pendant la période quinquennale suivante, l'effort a porté principalement sur l'amélioration de l'activité des services existants. Le nombre des consultations s'est un peu accru et a atteint 9.030 au 31 décembre 1956. Les plus nombreuses des nouvelles créations, 830 au total, ont été réalisées avec l'aide de l'Etat, au titre du plan d'équipement sanitaire et social 1954-1957 (deuxième plan de modernisation et d'équipement). Actuellement une consultation fixe dessert environ 4.700 habitants. Comme il faut ajouter dans certains départements aux consultations fixes des consultations mobiles, l'effectif moyen de la population desservie est encore inférieur à ce chiffre.

Les consultations fonctionnaient dans les conditions suivantes en 1956. Trente-cinq pour cent des enfants entre zéro et deux ans fréquentaient ces consultations (en moyenne cinq visites par enfant). En fait, les enfants sont présentés par les mères aux consultations surtout dans les premiers mois de leur vie. Dès que l'enfant est au régime de quatre repas, les visites s'espacent ou même cessent complètement. Cependant le rapport du ministère de la santé rappelle la fréquence des manifestations pathologiques, telles que le rachitisme, qui affecte de nombreux enfants et qui seraient décelées si les mères continuaient de fréquenter les consultations après les premiers mois de la vie de leur enfant. Les consultations sont en général plus suivies dans les zones urbaines que dans les zones rurales. D'ailleurs la qualité de la surveillance médicale par les consultations est très inégale; elle dépend dans une large mesure de la valeur du médecin attaché à la consultation et du temps qu'il peut y consacrer.

Naturellement l'action des assistantes sociales, qui rendent visite aux familles des enfants les plus exposés, complète très largement le système de protection médico-sociale. A ce propos, il faut signaler qu'au cours de la dernière période quinquennale le nombre des visites à domicile d'assistantes est resté stationnaire. Ceci s'explique aisément par le souci de surveiller d'abord les enfants les plus exposés et de supprimer presque complètement les visites dans les autres familles.

Les consultations d'enfants du second âge, enfants de trois à cinq ans révolus, sont beaucoup moins nombreuses et moins fréquentées par les mères. Il est vrai que dans les agglomérations urbaines beaucoup de ces enfants sont inscrits dans les jardins d'enfants ou dans les écoles maternelles, ce qui leur permet d'être surveillés sur le plan médical. La situation est nettement moins favorable dans les zones rurales. De nouvelles créations de consultations pour les enfants du second âge sont donc envisagées.

d) Placement d'enfants hors du domicile familial

C'est une question très importante. Des travaux scientifiques ont été faits sur les placements d'enfants et leurs conséquences. Les conditions de la vie contemporaine et des travaux très récents sur les effets du placement rendent ces problèmes très actuels.

Les crèches dont il a été question plus haut hébergent les enfants pendant la journée. Elles rendent de grands services dans les villes pour les femmes qui travaillent. Il y avait en 1946 12.000 places dans les crèches; ce nombre s'est élevé à 14.000 en 1951 et près de 15.000 au 31 décembre 1956. Dans plusieurs départements, l'équipement en crèches, trop réduit, devrait être complété dans les années à venir. Mais les dépenses de fonctionnement de crèches ne sont assumées par l'Etat que pour une faible part, ce qui ralentit leur développement. L'effort récent a surtout porté sur la qualité des soins donnés dans les crèches, notamment par l'amélioration de la qualification du personnel et la modernisation des installations. Malgré les mesures prises, les crèches présentent certains inconvénients qu'on a cherché à éliminer (fréquence des épidémies, de la coqueluche par exemple).

e) Garderies et jardins d'enfants

Au cours de ces dernières années, on a assisté au développement des garderies et des jardins d'enfants, pour les enfants de trois à six ans. De plus en plus, les établissements qui assurent simplement une garde des enfants sont remplacés par des établissements où les meilleures méthodes éducatives sont appliquées pour développer les capacités physiques et mentales des enfants. Au 31 décembre 1956, le nombre de places offertes dans les garderies et jardins d'enfants était de 35.410, en augmentation de 20.000 par rapport à 1951. Les écoles maternelles ne sont pas comprises dans ce chiffre. Les enfants reçus dans les écoles sont au nombre de près de un million et demi.

De plus on a créé dans le cadre de la protection maternelle et infantile des établissements dénommés « haltes-garderies » où les mères peuvent confier leurs enfants « pour quelques heures, une demi-journée au maximum d'une façon épisodique et non habituelle ». Les mères sont ainsi en mesure de faire plus aisément des courses, quelques démarches et même occasionnellement de s'accorder quelques loisirs. Une telle initiative, si elle se développe, rendra certainement des services très grands aux mères de famille qui ne désirent pas se séparer de leurs enfants, mais qui ne disposent d'aucun moyen pour en assurer la garde, quand elles ont besoin de quitter pour quelques heures leur domicile.

f) Autres activités dans le cadre de la P. M. I.

En 1946, les établissements dits « goutte de lait » ont rendu de grands services en préparant les biberons suivant les normes scientifiques les meilleures et suivant des régimes particuliers pour chaque enfant. Depuis cette date l'éducation sanitaire de la population ayant progressé et les conditions de vie étant moins mauvaise, l'activité des « gouttes de lait » a pu être réduite progressivement.

Enfin, une action de grande ampleur a été engagée depuis 1946 en étroite liaison avec le ministère de l'agriculture, pour un lait propre et sain. Il s'agit d'obtenir progressivement un lait ne présentant pas de danger pour la population. C'est une politique à longue échéance qui peut seule résoudre complètement ce problème. Il est nécessaire que de l'étable au consommateur les raisons de pollution du lait soient réduites au minimum. L'action entreprise est donc liée à la modernisation des exploitations agricoles d'élevage, elle-même subordonnée à des travaux de très grande ampleur (adduction d'eau, etc.). Des résultats très satisfaisants ont été obtenus depuis dix ans. On a développé la consommation du lait pasteurisé, surtout dans les ville de plus de 20.000 habitants, mais des

efforts doivent être encore accrus pour assurer un équipement frigorifique rural satisfaisant. La qualité du lait peut être considérée dans un pays comme un indice de son développement économique.

CHAPITRE III

LES MOYENS FINANCIERS DE LA POLITIQUE DE P. M. I.

L'application de l'ordonnance de 1945 entraîne des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'équipement. La charge de ces dépenses est supportée principalement par l'Etat et les collectivités locales (départements et communes). Les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales des différents régimes et les œuvres privées assurent et financent en partie la P. M. I. Le rôle de ces organismes et des établissements privés est d'une importance capitale, sans qu'il soit vraiment possible de faire un bilan d'ensemble. D'ailleurs ces problèmes financiers sont rendus plus complexes encore par la diversité même des actions de P. M. I. qui n'entrent pas toutes dans les définitions données par l'ordonnance ainsi qu'il ressort de ce qui vient d'être rappelé. L'analyse qui va suivre recoupera, sans doute, les indications précédentes. Il n'est pas apparu possible d'échapper à quelques répétitions sous peine de manquer de clarté dans les subdivisions de ce rapport.

SECTION I

Les dépenses de fonctionnement (1).

On distinguait jusqu'au décret du 8 novembre 1951 les dépenses d'assistance et les dépenses de protection proprement dites. Depuis l'adoption de ce texte, le budget de P. M. I. ne concerne plus que des dépenses de protection. Ces dépenses, on l'a dit, sont inscrites au budget départemental. (L'Etat apporte très largement son aide aux départements). Elles y sont obligatoirement inscrites et si le budget départemental ne comprenait pour la P. M. I. que des sommes notablement insuffisantes, des sommes plus importantes seraient inscrites d'office. Malgré tout, l'autonomie départementale est assez grande pour que des inégalités surprenantes subsistent encore plus de dix ans après la mise en application de l'ordonnance.

Les dépenses d'assistance sont mises au compte du budget de l'aide sociale, et, à ce titre, ne relèvent plus de la P. M. I., entendue au sens étroit. Ces dépenses ne sont donc pas connues directement. Ici, la législation générale sur l'assistance se substitue à la législation particulière sur la P. M. I. Où commence l'assistance, où finit la protection ? C'est là une question pratique beaucoup plus que théorique. Dès que les ressources des bénéficiaires d'une aide ou d'un service quelconque entrent en ligne de compte pour l'ouverture d'un droit social, il semble qu'on passe d'une législation à l'autre. Mais un tel principe n'est pas vrai dans tous les domaines. Ce qui caractérise l'assistance, c'est plutôt son absence de spécificité, sinon de limites.

Quelles sont les dépenses de protection proprement dites ? On peut les examiner rapidement. La protection maternelle et infantile doit d'abord rémunérer le personnel concourant à son fonctionnement (médecins à temps complet, médecins à temps partiel, médecins agréés, assistantes sociales et sages-femmes).

Le budget de la P. M. I. doit également couvrir les frais de gestion des diverses consultations publiques assurées dans le cadre de la P. M. I. A ce titre on doit ajouter aux frais de fonctionnement les primes accordées aux femmes fréquentant les consultations (primes en espèce ou en nature qui sont d'une valeur variable suivant les départements).

Enfin, sont inscrites au budget de la P. M. I. certaines dépenses des œuvres privées « lorsque celles-ci emploient des assistantes sociales qui concourent à la P. M. I. » ou lorsqu'elles gèrent des consultations pré et postnatales de nourrissons ou d'enfants du second âge, les frais d'achat du carnet de santé remis à la mère à l'occasion d'une naissance, les dépenses d'éducation sanitaire qui concernent exclusivement la P. M. I. et toute participation aux dépenses des œuvres privées « fixées par des conventions passées entre les parties intéressées ».

A côté de ces dépenses, dont le détail est donné en annexe au rapport (code de la santé publique, livre II, titre 1er, chapitre VI) « les recettes comprennent (art. L. 183 du code de la santé publique):

1° Les remboursements effectués par les organismes de sécurité ou de prévoyance sociale, en contrepartie de la surveillance exercée et des soins donnés au profit de leur ressortissants;

(1) Les passages cités, sans indication d'origine dans ce chapitre, sont extraits du second rapport du ministre de la santé publique et de la population sur la protection maternelle et infantile.

2° Les versements effectués par les bénéficiaires eux-mêmes;

3° Les subventions, dons ou legs faits sans affectation spéciale ».

Art. L. 186. — Le contrôle financier est effectué par le directeur départemental de la population et de l'entraide sociale.

A. — LA PART DES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES

a) *Dépenses de caractère obligatoire.*

Les dépenses de P. M. I. ont un caractère obligatoire pour les départements, en vertu de l'article 42 de l'ordonnance du 2 novembre 1945:

« Elles ont été, jusqu'au 31 décembre 1955, réparties entre l'Etat, les départements et les communes, selon les barèmes établis par le décret du 30 octobre 1935 relatif à l'unification des barèmes des lois d'assistance; la part prise à sa charge par l'Etat représentait alors environ 50 p. 100 de la totalité des dépenses de protection maternelle et infantile. »

« Depuis le 1er janvier 1956, les communes ne participent plus aux dépenses de protection maternelle et infantile, qui sont réparties entre l'Etat et les départements, suivant un barème fixé pour les dépenses de prévention, en ce qui concerne la métropole, par le décret du 21 mai 1955, pris en application du décret du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance. La participation de l'Etat représente désormais 83 p. 100 environ de l'ensemble des dépenses.

« Par ailleurs, les organismes de sécurité ou de prévoyance sociales sont tenus, en application de l'article 43 de l'ordonnance, modifié par l'article 32 de la loi du 30 mars 1947 (art. L. 183 du code de la santé publique, de participer aux dépenses de protection maternelle et infantile et leurs versements sont inscrits en *recettes* sur les budgets départementaux.

« Le montant des dépenses de fonctionnement à la charge des collectivités publiques (déduction faite des ressources provenant de la contribution des organismes de sécurité sociale), qui n'était que de 226 millions en 1946, année de mise en route du service de protection maternelle et infantile, s'est élevé rapidement au cours des années suivantes pour atteindre 1.298 millions en 1950 et 1.718 millions en 1951: ces premières années correspondent en effet à l'installation progressive du service, tant en ce qui concerne l'ouverture d'établissements nouveaux que le recrutement du personnel. »

En 1957, la part de l'Etat dans les dépenses de fonctionnement représente environ 83 p. 100 de l'ensemble des dépenses de P. M. I. inscrites dans les budgets départementaux, déduction faite des recettes de P. M. I. effectuées par les départements (recettes: contributions forfaitaires ou remboursements à l'acte versés aux départements par les organismes de sécurité sociale ou par certains organismes privés ayant passé une convention avec le département pour la surveillance de leurs ressortissants).

ANNÉES	MONTANT TOTAL des dépenses de P. M. I. à la charge des collectivités publiques.	PARTICIPATION DE L'ÉTAT
	Francs.	Francs.
1946	226.000.000	98.000.000
1950	1.298.000.000 (1)	579.000.000
1951	1.718.000.000	756.000.000
1952	2.148.000.000	945.000.000
1953	2.205.000.000	981.000.000
1954	2.432.000.000	1.070.000.000
1955	2.569.000.000	1.161.000.000

(1) Y compris les dépenses des départements d'outre-mer à partir de 1950.

De très grandes différences existent entre les dépenses des départements calculées par habitant. Elles s'expliquent par l'intérêt plus ou moins grand que prennent les départements à telle ou telle forme d'action. Elles montrent aussi la situation plus ou moins favorable de la P. M. I. suivant les régions.

En 1957 les dépenses de fonctionnement du service de P. M. I. sont connues, avec précision pour quelques régions de France. Les renseignements qui suivent ont été fournis par le ministère de la santé publique. On voit que la part de l'Etat en 1957 est très supérieure à ce qu'elle était de l'année 1946 à l'année 1955. Il faut remarquer aussi que, suivant les régions, le total des recettes de P. M. I. est très variable.

Dépenses de fonctionnement du service de P. M. I. en 1957.

Comparaison entre quelques régions.

RÉGIONS ET DÉPARTEMENTS	CHIFFRE de la population.	DÉPENSES totales.	RECETTES.	RESTE (à répartir entre Etat et départements).	DÉPENSES par habitants (1).
Lille (Aisne, Nord, Pas-de-Calais, Somme)	4.326.599	142.573.000	33.149.000	109.424.000	32,90
Limoges (Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Vienne, Haute-Vienne, Deux-Sèvres)	2.133.587	86.285.000	5.520.000	80.765.000	40,44
Lyon (Rhône)	966.782	83.533.000	5.131.000	78.402.000	86,50
Marseille (Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Bouches-du-Rhône, Corse, Var, Vaucluse)	2.659.244	206.345.000	18.100.000	188.243.000	77,50
Nancy (Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Vosges)	2.113.120	188.667.000	32.644.000	56.004.000	89.27
Paris (Seine, Eure-et-Loir, Oise, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise)	8.013.401	1.161.711.000	41.434.000	1.120.451.000	144
Strasbourg (Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin)	1.986.979	112.885.000	7.827.000	105.056.000	56,80

(1) Obtenues par division des chiffres de la deuxième colonne, par le nombre d'habitants.

b) *Dépenses non obligatoires.*

Les collectivités publiques assument aussi certaines dépenses qui ne sont pas situées dans le champ couvert par l'ordonnance de 1945, mais qui concourent sans aucun doute à l'action de protection maternelle et infantile. Il s'agit essentiellement de la participation qu'elles prennent au fonctionnement d'établissements comme les gouttes de lait, les crèches, les pouponnières, les hôtels maternels. Un crédit inscrit chaque année au ministère de la santé publique permet d'accorder des subventions à ces établissements. Ce crédit est passé de 31 millions en 1946 à 125 millions en 1956 et 175 millions en 1957 et 1958. Les subventions accordées sur ce crédit ne permettent de couvrir qu'une faible partie des dépenses des établissements considérés. Par exemple, l'Etat ne participe aux frais de fonctionnement des crèches que pour 50 F environ par journée de présence de l'enfant. Il accorde 100 F en moyenne pour les hôtels maternels. Les pouponnières pour enfants débiles n'ont pas de problème financier, parce que leurs dépenses sont couvertes à 100 p. 100 au titre de l'aide médicale ou de la sécurité sociale. D'autres pouponnières dépendent du service de l'aide sociale à l'enfance; tous les frais sont alors pris en charge par ce service. Enfin les pouponnières sociales qui accueillent des enfants de familles modestes sont en général gérées par des œuvres privées ou des municipalités; elles reçoivent des subventions de l'Etat, et parfois des caisses d'allocations familiales.

Les crèches rencontrent de graves difficultés de financement. Les dépenses sont assumées pour 45 p. 100 environ du total par les contributions des familles. Les dépenses qui restent à couvrir sont supportées par les collectivités publiques, la charge la plus lourde pesant sur les communes. Les subventions de l'Etat ont représenté, en 1958, 122 millions (sur le crédit total de 175 millions consacré par l'Etat aux divers établissements de protection maternelle et infantile n'entrant pas dans le cadre de l'ordonnance). Cette somme de 122 millions est à rapprocher des dépenses totales des 327 crèches subventionnées, soit 1.372 millions. On estime au ministère de la santé que le prix de revient d'un enfant dans une crèche se situe en moyenne à 800 F par jour (avec de fortes variations d'un établissement à l'autre) (1). Comme les subventions de l'Etat sont faibles et que les familles supportent moins de la moitié des frais de fonctionnement, on mesure l'importance de la charge qui pèse sur les collectivités locales ou sur les œuvres privées qui les gèrent.

(1) En 1958, d'après un sondage du ministère de la santé dans le département de la Seine, le prix moyen (par enfant et par jour) pour les crèches gérées par des collectivités publiques est de 1.168 F; pour les crèches privées, il est de 608 F.

B. — PARTICIPATION DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Le principe de cette participation est posé dans l'article L. 183 du code de la santé publique. Cette participation est inscrite dans les recettes de la P. M. I. à côté des versements effectués par les bénéficiaires de la législation. Quelles que soient les modalités de cette participation, il est assez curieux de voir les assurés sociaux et les allocataires contribuer, par l'intermédiaire de leurs organismes mutualistes, à la protection de l'ensemble de la population enfantine et maternelle des circonscriptions de P. M. I. Ceci apparaîtra mieux lorsqu'on examinera les dépenses de ces organismes. La législation sur la P. M. I. n'aurait probablement pas pu être appliquée avec l'efficacité qu'elle a connue si ces organismes, en premier lieu, n'avaient fourni les sommes nécessaires. Comme les dépenses effectuées au titre de l'ordonnance ne sont qu'une partie des dépenses totales de P. M. I. et que l'Etat s'abstient d'apporter son aide au fonctionnement des établissements qui concourent aux actions de P. M. I. non visées expressément par l'ordonnance, le rôle des organismes semi-publics de mutualité est encore plus grand qu'on le croirait au premier abord.

L'article L. 183 (§ 2) dispose: « la nature et l'importance de ces remboursements et des avantages particuliers concédés de ce fait aux caisses de sécurité sociale et aux caisses d'assurances sociales agricoles sont fixées par conventions passées avec les caisses intéressées en fonction du nombre des assurés sociaux du régime général et du régime agricole par rapport au chiffre global de la population de la circonscription de l'établissement ».

Action de la sécurité sociale du régime général.

La contribution forfaitaire de l'article L. 183 n'est pratiquée que par un nombre limité de caisses. Ce système repose sur le principe suivant: le forfait est calculé d'après le nombre d'assurés sociaux rapporté au nombre des habitants du département considéré. Le critère peut être aussi fixé d'après le nombre des actes de surveillance dispensés. De toutes façons, les sommes ainsi mises à la charge des caisses restent peu importantes. Le rapport du ministre de la santé parle de 86 millions. La dernière année sur laquelle porte ce rapport, dans les matières financières, est 1955.

Au contraire, les dépenses effectuées par les caisses au titre de la prise en charge des examens obligatoires subis par les assurés sont très importants. Par exemple, les dépenses de l'assurance maternité ou prise en charge théoriquement totale des frais d'accouchement, des examens pré et postnataux, du

carnet de maternité, des indemnités journalières de repos pour les femmes salariées (six semaines avant l'accouchement et huit semaines après) et prestations extra-légales servies à l'occasion de ces examens pour encourager les mères à suivre les prescriptions de l'ordonnance de 1945, atteignaient près de 21 milliards en 1957 (20.858 millions de francs), dont 12.700 millions dépensés en frais médicaux et pharmaceutiques, 8.155 millions en espèces (dont 6 pour les indemnités journalières de repos).

Sur les 14 milliards que représente l'assurance maternité, si l'on exclut les indemnités journalières de repos, 6.140 millions intéressent les femmes assurées sociales et 8.764 millions les femmes d'assurés sociaux. (Il est impossible d'isoler dans les dépenses des caisses les prestations supplémentaires non légales et les secours. Il ne s'agit pas ici des primes obligatoires, mais de celles dont la quotité n'a pas été fixée par la loi; il s'agit de l'action sociale des caisses qui n'ont pas toutes les mêmes pratiques. Par exemple, les primes d'allaitement sont obligatoires bien qu'elles figurent parmi les prestations extra-légales).

Les caisses assurent la gestion de centres de P. M. I. ou subventionnent des établissements publics et privés, leurs services sociaux contribuent à l'action de P. M. I. On n'a pas de renseignements détaillés sur ces dépenses. Le rapport du ministre de la santé note que les contributions forfaitaires des caisses, le concours à la gestion des centres de P. M. I. et à l'activité des services sociaux en faveur de la mère et de l'enfant sont passés de 171 millions de francs en 1950 à 496 millions en 1955. Il faut rapprocher ce chiffre des 1.161 millions dépensés par l'Etat la même année pour comprendre l'importance relative de cet effort de la sécurité sociale. Encore faut-il ajouter les dépenses consenties par la sécurité sociale au titre des établissements de P. M. I. non pris en charge par l'ordonnance. Ces établissements ne doivent pas être oubliés puisqu'il s'agit des crèches, des « gouttes de lait », des pouponnières, des œuvres diverses, dont des garderies et des jardins d'enfants. La participation de la sécurité sociale atteint 80 p. 100 du prix de journée pour les pouponnières d'enfants débiles. On sait que le nombre de ces enfants est élevé ne serait-ce que parce que 7 p. 100 des enfants naissent avant la fin de la période de gestation. Tous les enfants ne sont pas nécessairement hébergés dans des établissements spécialisés, après la période de prise en charge par l'assurance maternité.

Enfin, il ne faut pas négliger l'importance des dépenses qui sont comptabilisées dans l'assurance maladie, mais qui concourent à la protection des mères et des enfants. Il est impossible de ventiler parmi ces dépenses celles qui sont la contrepartie des frais médicaux occasionnés par les maladies de ces femmes et de ces enfants. Le total des dépenses de l'assurance maladie avait atteint 224.471 millions en 1956 pour le seul régime général, et sans compter les fonctionnaires, les étudiants et les grands invalides de guerre. Sur cette somme 29.639 millions ont été dépensés pour les conjointes des assurés et 49.945 millions pour les enfants (1).

Participation des caisses d'allocations familiales.

Cette participation est considérable, mais, par nature, difficile à apprécier. Ici les critères habituels d'efficacité ne s'appliquent pas. De même toute l'action des caisses en faveur des familles en général, si elle contribue à la protection des nourrissons qui appartiennent à ces familles, échappe à toute ventilation précise. Le milieu social dans lequel s'inscrit l'action proprement médicale de P. M I. est une donnée de fait que les caisses modifient par leur action continue. Les caisses savent ce qu'elles dépensent pour tel ou tel objet, mais sont dans l'incapacité de présenter des résultats mesurables. Toute action sociale et familiale se traduit par des changements diffus dans le comportement des bénéficiaires ou dans leurs conditions de vie, sans qu'un rapport direct et facile à saisir puisse être établi entre cette action et tel résultat concret dans un domaine qui est déjà celui où s'exercent les techniques médicales. Ceci vaut pour l'action générale de ces caisses en faveur de leurs ressortissants, et c'est une conséquence du partage des compétences entre les caisses primaires de sécurité sociale et les caisses d'allocations familiales du régime général. Par principe l'utilisation des techniques médicales est étrangère aux caisses d'allocations familiales, de sorte que ces dernières ont essentiellement dans leur champ d'activité les diverses formes de l'action sociale et familiale.

M. Lebel, directeur de l'U. N. C. A. F. a posé le problème de la façon suivante lorsqu'il a été entendu par la commission:

« Les circulaires d'origine précisent que les caisses d'allocations familiales sont compétentes pour les réalisations sociales qui ne mettent pas en œuvre des techniques médicales.

« Il est certain qu'en matière de P. M. I. cette définition est d'une application délicate. La P. M. I. est-elle du sanitaire ou non ? Nous considérons que pour un certain nombre de nos activités, encore que nous n'utilisions pas du sanitaire, nous faisons de la P. M. I. et que pour d'autres nous sommes amenés à faire un peu de sanitaire à l'occasion de ces interventions.

« Par ailleurs, il est traditionnel de dire que l'enfant du premier âge vit sous le signe de la protection sanitaire. Mais il est communément admis également maintenant que l'environnement psycho-social du nourrisson est au moins aussi important pour son futur développement que les interventions de caractère proprement sanitaire.

« Le rôle des caisses d'allocations familiales en tant qu'elles interviennent dans le cadre de la P. M. I. et dans le cadre de la protection de la première enfance, trouve donc sa pleine justification dans la mesure où une aide est apportée à la mère pour qu'elle puisse établir avec le petit enfant des relations maternelles aussi complètes que possible.

« Il est donc possible de classer les activités des caisses d'allocations familiales en matière de P. M. I. en deux grands chapitres: celles qui s'associent essentiellement et directement à la P. M. I., telle qu'elle a été définie par l'ordonnance de 1945 et celles qui participent accessoirement ou incidemment à la P. M. I. en renforçant son action ».

Les caisses d'allocations familiales ont créé un important service social, dont les tâches couvrent en partie les matières expressément visées par l'ordonnance de 1945 sur la P. M. I. Ce service comprenait, en 1956, 1.270 assistantes sociales et son budget était de l'ordre de 2 milliards de francs, sur lesquels 1 milliard et demi de francs ont été affectés à des services gérés directement par les caisses.

« Parmi les 1.270 assistantes sociales, 520 ont un mandat de P. M. I., c'est-à-dire interviennent dans le cadre de l'ordonnance du 2 novembre 1945 directement. Deux tiers environ des autres, soit à peu près 500, sont des assistantes sociales familiales qui sont amenées à s'occuper des nourrissons dans les familles qu'elles suivent avec l'assistante sociale mandatée en matière de P. M. I.

La deuxième forme d'intervention dans le cadre du service social, est la tutelle aux allocations familiales. Cette tutelle n'est pas prévue expressément dans les actions de P. M. I. énumérées par l'ordonnance. « L'expérience montre, indique M. Lebel, que les familles dans lesquelles les caisses interviennent à l'occasion des tutelles sont très généralement des familles qui ont des jeunes enfants ».

Ce poste de dépenses a atteint 133 millions pour l'année 1956.

Outre ces deux types d'action, les caisses d'allocations familiales sont intervenues dans d'autres domaines, sans qu'il soit possible de chiffrer avec précision les dépenses. Ces interventions sont, elles aussi, situées dans le champ d'action couvert par l'ordonnance de 1945. « Ce sont tout d'abord les consultations de nourrissons pour lesquelles trois caisses ont des consultations en gestion directe et elles interviennent par ailleurs pour des réalisations d'œuvres extérieures dans ce domaine, pour les « gouttes de lait ». Il y a une « goutte de lait » en gestion directe par une caisse. Dix caisses interviennent pour des œuvres extérieures: les maisons maternelles et hôtels maternels; il y a maintenant une caisse qui a un hôtel maternel en gestion directe, et dix-sept caisses interviennent pour aider financièrement soit des maisons maternelles, soit des hôtels maternels ».

Enfin, les caisses interviennent également en faveur des maisons de repos pour la mère et l'enfant. « Ce sont des établissements qui reçoivent à la fois la mère et de jeunes enfants, en général d'ailleurs séparés dans des locaux différents, mais avec possibilités de contacts. Une caisse a une réalisation en gestion directe et trente-deux caisses apportent leur concours permanent à des œuvres extérieures. D'autres apports existent qui ne s'étendent que sur des périodes d'un ou deux ans. Il s'agit alors de caisses qui ont des conventions avec des œuvres extérieures ».

Ces réalisations sont très intéressantes. En effet, il semble que pour les jeunes enfants la présence de la mère soit un facteur important sur le plan médical. Une séparation d'une durée supérieure à quelques jours a parfois des conséquences dangereuses. Certaines mères ne peuvent tirer le plein bénéfice d'une période de repos que si elles ne sont pas réellement séparées de leurs enfants plus jeunes.

Les caisses d'allocations familiales jouent un rôle également en matière de placement d'enfants. Dix caisses interviennent en faveur de pouponnières, mais sans gestion directe. Près de la moitié des caisses, 51 sur 114, subventionnent des crèches. Deux caisses ont des crèches en gestion directe. Pour des réalisations comme les « haltes-garderies » et les jardins d'enfants, 56 caisses participent au financement et 6 caisses ont des

(1) Source: rapport sur l'application de la législation de sécurité sociale, statistiques du 1er janvier 1955 au 31 décembre 1956.

réalisations en gestion directe. Naturellement, les caisses ne sont pas inactives en matière de placement des nourrissons. Neuf d'entre elles ont des réalisations en gestion directe et 26 en soutiennent qui ne leur sont pas propres.

Enfin des caisses gèrent des abris temporaires et des maisons d'enfants qui représentent des cas sociaux. Presque tous les enfants pris en charge ont moins de six ans. Les caisses interviennent en faveur de 220 établissements de ce genre.

Naturellement, il est impossible de ventiler poste par poste toutes ces interventions en des comptes clairs et détaillés. En 1956 les dépenses effectuées par les caisses en ces matières atteignaient un milliard et demi. Ainsi se trouve mis en valeur le très grand rôle joué par les caisses d'allocations familiales dans le cadre même de l'ordonnance de 1945. Mais leur action est encore plus importante dans des domaines qui ne sont pas couverts par cette ordonnance et qui cependant relèvent indéniablement de la protection de la mère et de l'enfant. Ici l'action des caisses est plus diffuse et il est encore plus difficile de préciser leur participation et les résultats obtenus. L'enseignement ménager, les services rendus aux familles par l'envoi dans le foyer de travailleuses familiales, les aides à l'équipement ménager, soit individuel, soit collectif, entrent dans cette catégorie de dépenses. Pour l'aide ménagère, par exemple, les caisses ont dépensé 3.100 millions en 1956, dont 1.300 millions pour l'équipement ménager familial, 700 millions pour l'enseignement ménager et 1 milliard pour les travailleuses familiales. Les caisses d'allocations familiales et l'U. N. C. A. F. considèrent à juste titre que ces formes d'intervention complètent l'action de la P. M. I. entendue au sens strict.

A l'actif des caisses d'allocations familiales, ajoutons encore les efforts faits pour aider les familles à résoudre le problème du logement. Ils contribuent certainement à améliorer les conditions de vie des familles et donc à assurer une meilleure santé aux nourrissons et aux jeunes enfants qui appartiennent à ces familles.

L'aide aux vacances, au moins dans certaines de ses réalisations, profite, dans une certaine mesure, aux enfants du premier âge. Il faut citer notamment les colonies de vacances maternelles. Une récente enquête de l'U. N. C. A. F. a montré que beaucoup d'enfants du premier âge ne partaient pas en vacances. Aussi, certaines caisses ont créé des établissements pour assurer à ces enfants soit des vacances collectives, soit des vacances en famille. Mais l'action en ce domaine doit être amplifiée pour répondre aux besoins. Soixante-quinze caisses apportent une aide financière individuelle aux familles pour leur permettre d'utiliser les colonies maternelles et les garderies urbaines. Enfin, toutes les caisses apportent une aide financière aux familles modestes qui prennent des vacances familiales soit dans des maisons familiales de vacances, soit dans un lieu de leur choix. L'aide aux vacances a atteint, sous ses différentes formes, 2 milliards (l'aide totale aux vacances atteint 5 milliards, dont 3 milliards sont affectés aux colonies de vacances qui n'accueillent pas les enfants du premier et du second âge).

Les caisses font le service de prestations extra-légales, notamment à l'occasion de la maternité. Ces prestations sont quelquefois fournies en nature, sous forme de layettes.

Il est évident que la diminution des possibilités des fonds d'action sanitaire et sociale risque de réduire, au moins à partir de 1960, certaines de ces activités. Les gestionnaires des caisses d'allocations familiales estiment pourtant qu'elles n'ont encore qu'une ampleur insuffisante. Les caisses d'allocations familiales beaucoup plus que d'autres organismes, sont appelées à répondre aux besoins réels des familles, et d'adapter constamment leur action sociale en conséquence. Il n'était pas possible d'enfermer dans des définitions législatives la plupart des initiatives que les caisses ont engagées. Tout ce qui permet une meilleure adaptation de la famille aux tâches qu'elle doit remplir, contribue certainement à assurer la protection des jeunes enfants qui y naissent et y sont élevés. Par l'intermédiaire des caisses d'allocations familiales on passe du plan médical proprement dit par des étapes insensibles au plan social et familial. C'est le milieu dans lequel vivent et se développent les jeunes enfants qui est progressivement amélioré. Les problèmes ainsi posés sont certainement très divers et difficiles à résoudre dans la mesure où leurs données sont plus complexes.

Comme l'indique M. Lebel « on peut donner des statistiques d'une action sanitaire; il est très difficile de donner des statistiques d'une action sociale. » Les interventions qui ne peuvent pas se concrétiser en chiffres sont beaucoup moins comprises que celles qui peuvent se chiffrer précisément. Toute l'action que nous faisons en matière d'enseignement ménager par exemple, ou de travailleuses familiales, est une action très peu comprise. C'est une action qui coûte cher, mais dont les résultats ne sont pas mesurables dans l'immédiat.

Je crois personnellement que l'action sanitaire est primordiale dans ce domaine et que c'est elle qui a l'influence la plus considérable; mais je crois également que les conseils de puériculture que nous avons donnés à des centaines de milliers de mères, ont également eu une incidence, mais qui, elle, n'est pas mesurable. Quand nous faisons des cours de diététique dans nos cours d'enseignement ménager, nous ne pouvons pas mesurer quelles en seront les conséquences sur la morti-natalité, sur la mortalité du premier âge et sur le développement physique de l'enfant. Il est évident que cette incidence existe, mais elle n'est pas mesurable.

L'action de la mutualité sociale agricole.

L'action principale en matière de prévention maternelle et infantile est exercée par les caisses mutuelles d'allocations familiales agricoles. Elle a été présentée en ses aspects les plus spécifiques par M. Jourdain. Il était très difficile de mettre en place dans les campagnes un réseau de consultations de femmes enceintes et de nourrissons aussi dense que dans les villes. Aussi l'action principale des caisses se fait par l'intermédiaire d'un corps d'assistantes sociales qui rendent visite aux familles. La participation du service social rural à la protection maternelle et infantile a pu être évaluée en 1955 à 490 millions environ sur un coût total du service social de plus de 1.300 millions. En 1957 un bilan précis a pu être établi pour les activités de P. M. I. des 1.287 assistantes sociales des caisses de mutualité agricole. Les responsables de la mutualité sociale agricole estiment qu'environ un tiers ou un quart de ces dépenses, suivant les cas, sont couvertes indirectement par les départements. En principe la totalité de ces dépenses devrait incomber aux départements. Dans l'état actuel des choses, la M. S. A. voudrait obtenir que la moitié au moins en soit couverte par les budgets départementaux de P. M. I.

Les caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles ont dépensé, en 1957, 349 millions en prestations pour les accouchements à domicile et 882 millions pour les accouchements en maternité. La charge des indemnités journalières de repos pour les femmes d'assurés sociaux a représenté un peu plus de 123 millions. Les examens pré et postnataux entrent pour 129 millions dans les dépenses des caisses. Enfin la fourniture de layettes a représenté, la même année, 229 millions. Il convient d'y ajouter les consultations de nourrissons (près de 9 millions), les primes d'allaitement et bons de lait (298 millions).

Les caisses mutuelles d'allocations familiales agricoles ne disposent, pour leur action sociale, que des suppléments de cotisation décidés par les conseils d'administration sous le contrôle des assemblées générales et aquittées ainsi par l'ensemble des agriculteurs assujettis au versement des cotisations d'allocations familiales.

Ces ressources, dont l'importance est dans ces conditions assez variable d'une caisse à l'autre, sont employées dans différentes formes d'action sociale.

La principale dépense est, dans l'ensemble, celle des services d'assistantes sociales, qui ont coûté, en 1957, 1 milliard 602 millions, y compris 605 millions correspondant au travail de protection maternelle et infantile, remboursés partiellement seulement par les départements à concurrence de 145 millions.

L'action des assistantes sociales de la mutualité agricole, outre la protection maternelle et infantile là où elles l'exercent pour le compte des départements, concerne socialement les mères de famille et leurs enfants.

De plus, d'autres formes d'action sociale intéressent aussi les mères de famille et les enfants bénéficiaires des prestations familiales; ainsi pour les services suivants ont été dépensées, en 1957, les sommes indiquées ci-après:

Gestion directe par les caisses mutuelles d'allocations familiales agricoles de 21 services de tutelles aux allocations familiales et participation au fonctionnement de services gérés par des organismes extérieurs	73.000.000 F.
Travailleuses familiales	74.000.000
Services de formation ménagère familiale agricole	370.000.000
Prêts à l'équipement ménager	117.000.000
Prêts aux logements, principalement pour l'achat de maisons anciennes et amélioration, prêts à la construction	286.000.000
Aide aux vacances, principalement pour des enfants d'âge scolaire, mais aussi pour des vacances familiales, des ruches enfantines et garderies durant les grands travaux d'été	271.000.000
	1.191.000.000 F.

Participation des œuvres privées sanitaires et sociales.

C'est l'article L. 49 du code de la santé publique qui dispose que « le centre principal de protection maternelle et infantile prévu pour chaque circonscription à l'article précédent est

constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés exerçant leur activité, en partie ou en totalité, dans le domaine de la protection maternelle et infantile ».

Un nombre important d'œuvres privées qui avaient déjà réalisé, dans certains quartiers ou agglomérations, des centres de soins ou des dispensaires, ont passé des conventions avec le département pour assurer, dans un secteur déterminé, la protection maternelle et infantile. Suivant les déclarations de M. Robert Prigent, une œuvre privée qui participe aux objectifs de la P. M. I. définis par l'ordonnance de 1945 devrait faire une « opération blanche » puisque, normalement, elle devrait être remboursée des dépenses effectuées à ce titre. Malheureusement, a-t-il dit, il arrive généralement que les taux de remboursement qui sont fixés forfaitairement pour certains actes ou consultations ne sont pas réévalués en fonction du coût réel du service rendu. Enfin, certaines dépenses ne peuvent pas être comptabilisées sous les rubriques de la P. M. I. bien qu'il s'agisse effectivement de protection maternelle et infantile. Les contacts établis entre certaines œuvres et les familles entraînent la multiplication de ces dépenses. Les œuvres sont souvent conduites à se saisir de cas sociaux, sans pouvoir obtenir en contrepartie un remboursement quelconque. Par exemple quand un « centre social » fonctionne dans un quartier, l'action sanitaire et l'action sociale sont associées dans les mêmes locaux. On peut donc passer sans transition de l'une à l'autre, et sortir rapidement du cadre tracé par l'ordonnance de 1945.

Il convenait de souligner ici les observations présentées par M. Robert Prigent à la commission, attirant l'attention sur ces constantes difficultés rencontrées par les œuvres privées, sanitaires et sociales, qui collaborent à la politique de P. M. I.; elles en sont des auxiliaires qui ont fait leurs preuves.

***

Au terme de cette partie du rapport, la commission a unanimement souhaité que l'Etat mette en œuvre, sous toutes formes appropriées, les moyens qui s'imposent pour assurer plus complètement la protection des mères et des enfants.

SECTION II

Les dépenses d'équipement de la P. M. I.

Ces dépenses sont faites à l'initiative « des collectivités locales (départements et communes), d'organismes de sécurité sociale, d'œuvres et d'institutions privées ».

Les centres de protection maternelle et infantile (consultations pré et postnatales et consultations de nourrissons), auxquels ont été assimilés les lactariums sont subventionnés par l'Etat qui peut assumer 25 p. 100 des dépenses. Ces centres sont créés en application directe de l'ordonnance de 1945. Les crèches, pouponnières et gouttes de lait peuvent être subventionnées par l'Etat. Leur champ d'activité n'est pas situé dans le cadre de l'ordonnance.

Il est possible, malgré de nombreuses lacunes, de faire un bilan de la participation de l'Etat pour une période qui s'étend de 1947 à 1954. Cette participation a été de 99 millions pour environ 400 millions de francs de travaux (création ou aménagement de 69 centres de P. M. I., auxquels il faut ajouter deux crèches et une pouponnière).

Si l'on fait un bref historique des dépenses d'équipement, on doit constater que, jusqu'en 1954, les sommes inscrites au budget de l'Etat pour l'équipement sont restées assez faibles. A partir de 1955 la situation change (décret du 20 mai 1955 portant fixation d'un programme d'équipement sanitaire et social) malgré tout. Une partie des dépenses assumées au titre de l'équipement, au cours des dernières années, a été supportée grâce à des prêts ou à des subventions des caisses d'allocations familiales et des organismes de sécurité sociale. La charge directe des collectivités locales qui ont souvent l'initiative de la création d'établissements de P. M. I. s'en est trouvée allégée d'autant.

En 1957, sur un volume de travaux de 787 millions, l'Etat a accordé près de 217 millions de subventions. Le total des années 1955-1956-1957 qui correspond au premier plan d'équipement sanitaire et social, représente 2 milliards 232 millions de travaux pour une participation de l'Etat de 655 millions. Il faut noter que ces dépenses concernent aussi bien les centres de P. M. I., situés dans le champ de l'ordonnance de 1945, que des établissements qui n'y figurent pas comme les crèches. Cette participation de l'Etat est donc très importante, mais il n'est pas possible de connaître tous les travaux qui ont été réalisés, sans l'apport de l'Etat, soit par les collectivités locales, soit par les organismes de sécurité sociale, d'allocations familiales et de mutualité sociale agricole, soit par les œuvres privées.

A titre indicatif, on peut donner les résultats d'un sondage effectué, d'une part, dans 62 départements et, d'autre part, dans le département de la Seine. Les réponses au questionnaire envoyé ne sont pas toujours comparables entre elles, de sorte que les chiffres qu'on peut en tirer ne doivent être regardés que comme des ordres de grandeur encore assez éloignés de la réalité. Ces réserves faites, dans ces 62 départements, sur un total de 1.276 millions de dépenses d'équipement pour la période 1952-1956, 141,3 millions représentent la participation de l'Etat, 275 millions environ les dépenses des départements, 281 millions celles des communes. Les œuvres privées figurent pour 307,5 millions et les caisses de sécurité sociale, d'allocations familiales et de mutualité agricole supportent le reste, soit environ 270 millions. Dans le département de la Seine, l'importance des travaux effectués est particulièrement notable: 1.854 millions. La part de l'Etat approche 140 millions.

Il est intéressant à cet égard de rappeler rapidement les grandes lignes du troisième plan de modernisation et d'équipement.

Les subventions au titre du plan de l'équipement sanitaire et social pour les années 1955 et 1956 atteignaient respectivement 167 millions environ en 1955 pour un volume de travaux de 636 millions, et, en 1956, 271 millions 500.000 francs pour un volume de travaux de 809 millions environ.

Il faut noter que plus de la moitié de ces dépenses en 1955 et en 1956 étaient consacrées aux crèches et aux pouponnières. En effet, des besoins accrus de main-d'œuvre se sont fait sentir. Ce problème sera examiné plus longuement dans la dernière partie du rapport.

La participation des caisses de sécurité sociale aux dépenses d'investissement est passée de 350 millions en 1955 à 672 en 1957. M. Girard, représentant de la F. N. O. S. S., a indiqué, lors de son audition: « En fait, vous voyez que, quoique les indications du comité technique d'action sanitaire et sociale prévoient une stabilisation de dépenses d'investissements, celles-ci ne cessent quand même de croître à la fois en valeur absolue, puisque, de 1955 à 1957, dernière année connue, on passe de 350 à 672 millions, soit même en valeur relative, puisqu'on passe de 4,10 p. 100 des disponibilités d'action sanitaire et sociale à 7,77 p. 100 ». L'accroissement de l'effort des caisses est justifié par la mauvaise répartition de l'équipement existant. Si l'on considère la situation globale de la France (l'équipement actuel avec 0,26 p. 100 de lits en pédiatrie et 0,62 p. 100 de lits en maternité), elle n'apparaît pas inférieure à celle de ses voisins étrangers.

« Le dernier plan d'équipement sanitaire élaboré par le secrétaire d'Etat à la santé publique, a dit M. Girard, constate que l'impulsion donnée dans ce domaine a pris fin en 1950 et que le taux de la mortalité infantile ainsi que la mauvaise répartition géographique de l'armement existant justifient de nouvelles consultations d'enfants du deuxième âge, des maisons d'hébergement, de cures et régimes diététiques. Le comité technique a cru devoir maintenir le taux des dépenses réelles, soit en pourcentage moyen de 12 p. 100 et en pourcentage maximum de 15 p. 100 des crédits d'action sanitaire et sociale en ce qui concerne les caisses primaires. Pour les caisses régionales, le pourcentage moyen est de l'ordre de 3 p. 100 des crédits d'action sanitaire et sociale ».

L'action des caisses d'allocations familiales du régime général est plus modeste en matière d'équipement, pour autant qu'il s'agit d'un équipement directement appliqué aux tâches de la P. M. I. définies au sens étroit de l'ordonnance.

Quant aux œuvres privées, il est évidemment impossible d'apprécier la part qu'elles ont prises dans les dépenses récentes d'équipement. Celui qu'elles utilisaient avant l'ordonnance de 1945 était déjà très important.

CHAPITRE IV

LES RESULTATS

Apprécier les résultats de la politique de protection maternelle et infantile est une tâche délicate. Il est évident, par exemple, qu'une régression des taux de mortalité infantile aurait été observée, même en l'absence d'une législation complète de protection. L'amélioration des techniques médicales, l'accroissement du niveau de vie après les années de guerre, sont certainement des facteurs essentiels de progrès. Il n'en reste pas moins que la généralisation rapide sur le territoire français des meilleures méthodes de soins, la création de services spécialisés et le renforcement de l'équipement sanitaire et social dépendaient dans une large mesure de la mise en œuvre d'une législation particulière de protection.

Une deuxième difficulté pour faire un bilan général des résultats vient de la nature même des problèmes considérés. Il est certain que la santé des enfants et des jeunes mères est meilleure en 1959 qu'en 1945. Mais il n'existe pas de critères précis et certains de l'état de santé. Ou plutôt, toute

action en faveur d'une meilleure santé ne se mesure sur le plan statistique que par les résultats de la lutte contre la maladie ou la déficience physique. Aussi, les résultats d'une politique sociale de santé publique ne sont-ils saisis qu'imparfaitement. En ce domaine, on est réduit le plus souvent à interpréter ces signes que sont les taux de mortalité et la morbidité pour avoir une idée relativement claire de la situation sanitaire d'une population (ici les femmes enceintes ou les femmes en couches, les nourrissons et les enfants du deuxième âge). Certes, l'abaissement de ces taux représente un résultat positif d'une netteté parfaite, mais on doit bien voir que ce résultat net, le seul facilement mesurable, révèle une situation améliorée sur tous les plans, même sur ceux qui resteront mal connus.

Sous ces réserves, les résultats de la politique de protection maternelle et infantile, qui sont présentés dans ce rapport, sont tous donnés en termes de lutte contre la maladie et contre la mort. Les taux de mortalité sont la résultante la mieux connue des actions de tous ordres pour la protection des mères et des enfants, pour le développement physique, psychologique et intellectuel des jeunes enfants.

I. — Mortalité maternelle.

La France est très bien placée dans ce domaine, le taux de mortalité maternelle à l'occasion de l'accouchement est tombé de 2,20 p. 1.000 en 1936, à 0,77 en 1951 et à 0,51 en 1956, soit une diminution de 70 p. 100 pendant la période 1936-1956. Le rapport du ministre de la santé publique note que la régression observée pendant la période 1951-1956 a été très voisine de celle enregistrée au cours de la période 1946 à 1951, 31 p. 100 dans un cas, contre 34 p. 100 dans l'autre. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que les améliorations sont plus difficiles à obtenir quand le taux de mortalité est déjà situé relativement bas, comme il l'était en 1951 par exemple.

La surveillance prénatale des femmes, si elle est mieux assurée comme la commission le suggère, permettra probablement d'améliorer encore la situation de la France à cet égard. Il est évident que le développement de maternités bien équipées depuis 1946 a joué un rôle important dans les progrès qui ont été observés.

II. — Mortinatalité.

Les taux de mortinatalité expriment le rapport du nombre des mort-nés et du nombre d'accouchements. Le taux moyen de la mortinatalité est passé en France de 36 p. 1.000 en 1936 à 23 p. 1.000 en 1956, soit une diminution de près de 36 p. 100 pendant cette période. La régression observée dans ce domaine s'est ralentie au cours de ces dernières années. En 1957 par exemple, le taux de mortinatalité n'est pas plus favorable qu'en 1956.

Il existe cependant des différences notables par département. Ceux d'entre eux qui ont progressé le plus rapidement au cours des dernières années sont, dans l'ordre: le département de l'Ariège, près de 32 p. 100; le département du Rhône, près de 30 p. 100; les départements d'Indre-et-Loire et du Var, 29 p. 100. Dans d'autres départements, au contraire, les taux de mortinatalité ont augmenté.

Cette relative stagnation s'explique par le fait que les causes de la mortalité et surtout les moyens de la prévenir sont encore mal connus.

Les chiffres donnés concernent les taux classiques de mortalité. Une étude approfondie de ce problème ferait intervenir également les taux des faux mort-nés.

III. — La mortalité infantile.

En 1945, les taux de mortalité infantile avaient atteint le chiffre record de 108 p. 1.000. Ce niveau était très supérieur au niveau des années d'avant-guerre puisque la mortalité infantile n'atteignait que 66,4 p. 1.000 (années 1935-1937). Depuis la mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance, les taux de mortalité se sont abaissés régulièrement, 67 p. 1.000 en 1946, 31 p. 1.000 en 1956, 29,2 p. 1.000 en 1957 et 27 p. 1.000 en 1958 (résultat provisoire). La régression a été légèrement supérieure entre les années 1946-1951 à celle de la période 1952-1956. Les progrès sont de plus en plus difficiles à obtenir au fur et à mesure que les taux s'abaissent.

La situation de la France comparée à celle des pays étrangers reste très moyenne. La Suède, l'Islande et les Pays-Bas avaient en 1957 des taux de 17 p. 1.000, le Royaume-Uni 24 p. 1.000, les Etats-Unis 26 p. 1.000.

Pour établir une comparaison valable entre les taux français et les taux de mortalité infantile que l'on vient de citer, il faudrait tenir compte des faux mort-nés. D'après les textes du code civil, la déclaration d'une naissance peut être faite dans les trois jours qui surviennent après la naissance. Pratiquement, dans toutes les maternités publiques et dans beaucoup de maternités privées, les déclarations de naissance se font beaucoup plus tôt. Cependant, un certain nombre d'enfants qui n'ont vécu que quelques minutes ou quelques heures sont considérés comme mort-nés. Le nombre de ces enfants a atteint 3.796 en 1958. Si l'on corrige le taux classique français de mortalité infantile, soit 27 p. 1.000 en 1958, avec le nombre des faut mort-nés, on atteint le chiffre de 32 p. 1.000, taux réel de mortalité infantile. Bien entendu, le taux de mortinatalité s'en trouve réduit d'autant. Aussi, pour établir des comparaisons internationales rigoureuses, il faudrait prendre en considération les taux de mortalité fœto-infantile des pays, mortalité infantile et mortinatalité additionnées. Dans le rapport du ministère de la santé, un tableau présente la situation à cet égard pour la France et dix nations d'Europe en 1955. Ce tableau montre que la France, quand ces taux de mortalité infantile et de mortinatalité ont été rectifiés pour tenir compte des faux mort-nés, a l'un des taux de mortinatalité les plus bas avec 18 p. mille, alors que la Suède a atteint 18,5 p. 1.000, le Royaume-Uni 23,2 p. 1.000, l'Italie 31,7 p. 1.000. Ce fait n'est pas indifférent. Le taux rectifié français est probablement un taux exact, d'après les critères médicaux les plus sévères, alors qu'un doute est possible sur la valeur scientifique du taux anglais et plus encore du taux italien (la source de ces chiffres est dans le rapport épidémiologique et démographique de l'O. M. S., volume 9, n° 8, 1956).

Toutefois, d'autres chiffres donnés dans le bulletin de l'I. N. H., n° 3, de 1956 (mortalité de l'enfant de première année dans le département de la Seine), après rectification pour tenir compte des faux mort-nés, placent la France, en 1955, avec un taux de 36 p. 1.000 à un rang relativement modeste, assez peu différent de celui de l'Allemagne de l'Ouest 39 p. 1.000, et du Japon 41 p. 1.000

Dans l'état actuel des techniques médicales et des habitudes sociales dans les pays les plus avancés du monde pour la protection des nouveau-nés, il semble qu'on ait atteint une limite; le taux de mortalité de la Suède par exemple est resté stable à 17 p. 1.000 au cours des trois années 1955, 1956 et 1957, les Pays-Bas qui suivaient de très près la Suède dans ce domaine ont atteint le taux de 17 p. 1.000 en 1957, après être passés à 20 p. 1.000 en 1955 et 19 p. 1.000 en 1956. Le taux des Etats-Unis est resté stable à 26 p. 1.000 pendant les trois années considérées et le taux du Royaume-Uni est passé de 26 à 24 p. 1.000 entre 1955 et 1957 (source: bulletin mensuel de l'O. N. U., avril 1958). La progression de la France de 29 à 27 p. 1.000 de 1957 à 1958, soit un gain de 7,6 p. 100, apparaît, dans ces conditions, assez remarquable, si le niveau atteint est encore loin du niveau hollandais ou suédois.

Il faudrait tenir compte également de l'inégale importance suivant les pays de la « mortalité résiduelle ». En 1951, L. Bourgeois-Pichat a publié dans « Population », n° 2 et n° 3, une remarquable étude sur la mesure de la mortalité infantile. Il a prouvé l'importance d'une mortalité « résiduelle », impossible à éliminer dans l'état actuel des connaissances et des techniques médicales. Cette mortalité est principalement endogène, mais elle est aussi exogène. Quels que soient les soins apportés aux enfants atteints de maladies infectieuses, par exemple, le risque de mort ne peut jamais être éliminé totalement. Cette étude « biométrique » de M. Bourgeois-Pichat donne des limites provisoires aux résultats possibles de la lutte contre la mortalité du nourrisson. Il va de soi que ces limites sont situées à un niveau très inférieur aux taux les plus bas observés dans le monde, taux qui constituent cependant une limite pratique, mais une limite qui devrait en principe être facile à dépasser si des moyens d'action supplémentaires étaient réunis.

M. Bourgeois-Pichat montre aussi que cette mortalité résiduelle théorique est très variable suivant les pays ou les régions d'un même pays. Entre les taux de mortalité constatés et le taux résiduel se situe une zone où l'action contre la mort est efficace. Cette zone est plus ou moins étendue. Des régions à mortalité « résiduelle » forte, même si elles progressent rapidement sur le plan social et sur le plan médical, peuvent donc rester relativement mal placées par rapport à d'autres régions plus favorisées dans le domaine de la mortalité « résiduelle ». Ce facteur, à supposer qu'il doive être retenu — de nouvelles études seraient indispensables — complique encore l'interprétation des taux de mortalité infantile annoncés par les plus avancés. L'importance relative du « résidu » dans les taux de mortalité infantile croît nécessairement au fur et à mesure que la protection médicale et sociale s'améliore. Au niveau très bas qu'ont atteint certains pays, ce problème présente un réel intérêt.

Les efforts faits en France pour lutter contre la mortalité infantile ont été en général très efficaces, mais ils sont inégaux suivant les départements. On trouvera en annexe à ce rapport les taux de mortalité infantile par département. Le départe-

ment de la Haute-Vienne a le taux de mortalité infantile le plus bas, soit 19 p. 1.000. Au contraire, les départements développés économiquement comme ceux du Nord et du Pas-de-Calais avaient encore des taux de 41 p. 1.000 et de 45,7 p. 1.000 pour l'année 1957.

Pour le département de la Seine, qui est le département le plus urbanisé de France, on a observé en 1957 un taux de 21 p. 1.000, malgré les mauvaises conditions de vie apparentes offertes aux nourrissons dans un milieu urbain. De tels résultats s'expliquent par l'éducation sanitaire de la population d'une part, et par la perfection de l'équipement médico-social d'autre part. Le taux de la Haute-Vienne est de 19,1 p. 1.000 en 1957.

Enfin, pour bien décrire la mortalité infantile et en déceler les causes, il faut distinguer la mortalité des premiers jours de 0 à 6 jours et de 7 jours à 27 jours ou mortalité néo-natale et la mortalité post-néonatale, c'est-à-dire la mortalité de 28 jours à 1 an. Dans une étude sur les causes de décès en 1957 (Etudes statistiques n° 3 de 1958), le docteur Aubenque dresse le tableau suivant pour l'évolution des taux de mortalité infantile et de mortinatalité de l'année 1950 à l'année 1957 pour la France entière :

ANNÉES	TAUX DE MORTALITÉ infantile.		TAUX DE MORTALITÉ des premiers jours.		TAUX DE MORTALITÉ	
	Taux classique.	Taux corrigé des faux mort-nés. (1)	Non corrigé des faux mort-nés. (2)	Corrigé des faux mort-nés. (1)	Taux classique. (3)	Taux corrigé des faux mort-nés. (1)
1950......	47	52	14	19	24	19
1951......	46	50	14	18	24	19
1952......	41	45	13	17	22	18
1953......	38	42	13	17	23	18
1954......	37	41	13	17	22	18
1955......	34	39	12	17	22	17
1956......	32	36	12	16	22	17
1957 (p)...	29	34	11	16	23	18

(p) Résultats provisoire.

(1) Les enfants nés vivants (ayant respiré) mais décédés avant la déclaration de naissance à l'état civil n'étant pas comptés avec les mort-nés mais étant classés d'une part avec les naissances vivantes, d'autre part avec les décédés.

(2) Nombre de décès d'enfants âgés de 0 à 6 jours pour 1.000 naissances vivantes.

(3) Nombre de mort-nés pour 1.000 naissances au total (vivants et mort-nés).

Si l'on répartit maintenant les décès d'enfants âgés de moins d'un an suivant le nombre de jours vécus, on obtient les résultats suivants donnés dans le même article d'Etudes statistiques :

ANNÉES	NOMBRE DE JOURS VÉCUS			
	De la naissance à 6 jours (1).	De 7 jours à 27 jours	De 28 jours à moins d'un an.	Total (de la naissance à moins d'un an).
1950	36	13	51	100
1951	36	11	53	100
1952	38	12	50	100
1953	41	12	47	100
1954	41	12	47	100
1955	43	11	46	100
1956	45	12	43	100
1957	47	11	42	100

(1) Compris les « faux mort-nés ».

On voit que près de la moitié de la mortalité infantile de la première année survient maintenant avant le septième jour. C'est dire l'importance des équipements médicaux qui permettraient de recevoir les enfants nés dans le pays. Un effort très important a été fait en France pour élever les enfants nés avant terme qui sont souvent ceux dont la mort intervient dans les premiers jours de la vie.

On trouvera en annexe les conclusions d'une étude dans les subdivisions de mortalité fœto-infantile (I. N. H., bulletin n° 4 de 1958).

Il y a actuellement 90 services de prématurés en France et ces services permettent la survie d'enfants qui étaient voués à une mort presque certaine. Dans les dernières années plus de 60 p. 100 des enfants pesant de 1.250 à 1.500 grammes ont survécu. Il faut rappeler également que 7 p. 100 des enfants français naissent avant terme pour des causes qui sont encore mal connues et qui resteront vraisemblablement difficiles à combattre.

IV. — Mortalité des enfants de un an à quatre ans.

Les progrès obtenus sont de l'ordre de 71 p. 100 entre 1946 et 1956. Les taux de mortalité à cet âge sont maintenant extrêmement bas. Mais de nouveaux progrès doivent être faits dans ce domaine. Il existe encore d'importantes inégalités entre les départements. La France, là encore, n'est pas dans la meilleure position parmi les pays développés économiquement et socialement, mais dans ce domaine les taux de mortalité ont moins d'importance que le développement général, physique et caractériel des enfants qui restent en vie. Les services de protection maternelle et infantile pourraient être avantageusement renforcés pour répondre aux besoins des enfants du second âge.

CHAPITRE V

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN 1959

Il n'était pas utile de faire un bilan complet des activités de P. M. I. Ce bilan existe, il est contenu dans le rapport quinquennal du ministre de la Santé, qui a été publié dans le courant de 1958 (8 février 1958).

Compte tenu de l'information recueillie par ses soins, le Conseil économique a préféré attirer l'attention des pouvoirs publics sur quelques-uns des problèmes les plus actuels posés par la P. M. I. La situation relative de la France en matière de mortalité infantile n'est encore que moyenne, malgré les très importants et rapides progrès qui ont été accomplis. Cette question est si complexe — de nombreuses enquêtes ont été faites dans les régions où la mortalité infantile est la plus élevée en France — qu'elle exige pour être traitée correctement la connaissance des techniques médicales plus récentes. Aussi le rapporteur, en plein accord avec la commission, a-t-il demandé au docteur May de présenter dans une note les aspects médicaux de la protection de l'enfance. Cette note a été insérée intégralement dans le rapport. Les propositions qui sont formulées reflètent l'opinion de la commission.

A côté des aspects proprement médicaux de la protection maternelle et infantile, il fallait aussi indiquer, dans le domaine de la politique sociale et familiale, quelques-uns des aspects les plus importants et suggérer aussi quelques réformes.

Enfin, le Conseil économique ne pouvait pas ne pas exposer certains aspects financiers de la protection de la mère et de l'enfant. Il n'était pas question de repenser entièrement le problème du financement de la P. M. I. D'ailleurs une partie des activités de P. M. I. n'est pas visée expressément par l'ordonnance de 1945 et, à ce titre, leur charge incombe au principal à des organismes semi-publics et à des organismes privés. Parmi les dépenses qui devaient être inscrites en première urgence, la commission a estimé qu'il fallait évoquer le plan d'équipement sanitaire dans les parties de ce plan qui concernent la P. M. I., le supplément dans les dépenses de fonctionnement provoqué par les techniques médicales nouvelles qui seront proposées, enfin, les dépenses d'éducation sanitaire qui doivent être augmentées. La commission s'est interrogée aussi sur les conséquences des mesures d'économies prises le 29 décembre 1958 dans le domaine de la sécurité sociale, à l'occasion de l'ordonnance portant loi de finances pour 1959. Ces mesures gênent inévitablement, en leur domaine, l'application et l'essor des moyens de lutte mis en œuvre par la P. M. I.

SECTION I.

Les problèmes médicaux en 1959 (1).

1° PROBLÈMES DE LA MORTALITÉ INFANTILE : LES CAUSES, LES MOYENS DE LA RÉDUIRE

Pour diriger correctement la politique préventive, il est nécessaire de connaître les causes médicales de la mortalité infantile. On se heurte là à un premier obstacle qui est le nombre encore trop élevé des décès où la cause est mal définie ou même non déclarée. Le pourcentage de ces cas atteint 8,4 p. 100 des décès entre zéro et un an et 18,5 p. 100 entre un an et quatre ans. Ces chiffres sont très élevés; ils tiennent

(1) Toute cette partie du rapport sur les « Problèmes de la mortalité infantile » a été rédigée par M. le docteur May.

pour une part à l'insuffisance des connaissances médicales, mais certainement pour une part aussi au fait que le médecin est appelé trop tardivement ou parfois même pas du tout. Il est frappant de constater que ces décès de cause non spécifiée sont particulièrement nombreux dans les régions où la mortalité est la plus élevée et l'éducation médicale et hygiénique des populations la plus basse. C'est ainsi qu'un travail paru dans les *Etudes statistiques* de janvier-mars 1956 donne, pour 10.000 naissances, 73 décès sans cause connue pour la région du Nord, contre 41 seulement pour l'ensemble de la France. On peut donc espérer que l'effort éducatif qui doit être entrepris diminuera les morts infantiles et permettra en même temps de les mieux interpréter.

***

Les causes connues de mort doivent être examinées séparément au cours de la première année, et chez les enfants de un à quatre ans.

A. — *Mortalité au cours de la première année.*

Les causes de mortalité les plus fréquentes se situent ici autour de la naissance. Nous ne tiendrons pas compte des malformations congénitales qui ont causé en 1957, et chez les tout jeunes enfants, 2.880 décès; c'est donc là une cause fréquente et qui correspond à 12 p. 100 de tous les décès de la première année; mais contre ces malformations, en dehors des progrès très lents de la science, il n'y a pas de mesure pratique à proposer. Il n'en va pas de même pour les autres morts survenues aux environs de la naissance et qui se groupent de la façon suivante, pour l'année 1957:

— prématurité et débilité congénitale, 4.945;

— lésions obstétricales, 2.337;

— asphyxie et atélectasie postnatales, 576;

— maladies hémorragiques et érythroblastose, 537,

soit un total de 8.395 décès représentant 35 p. 100 de la mortalité totale.

On voit à quel point ce moment est dangereux pour le nouveau-né et de quels soins il convient de l'entourer. Cela est d'autant plus vrai que la mortalité n'est pas seule à considérer et qu'il faut aussi tenir compte des traumatismes obstétricaux dont on ne meurt pas, mais qui créent pour la vie des infirmités toujours graves et souvent tout à fait irrécupérables. Un des principaux objectifs dans la lutte contre la mortalité infantile doit donc être de créer pour les accouchements des conditions de sécurité aussi complètes que possible.

Les mesures de protection prévues par la législation actuelle ne sont pas suffisantes: elles sont dans l'ensemble, et pour toute la France, très correctement appliquées et cependant la mortalité et la morbidité liées à l'acte de naître restent trop élevées et pourraient être abaissées par une meilleure organisation.

A ce point de vue, la lutte doit être menée contre les trois grandes causes de décès dans ces premiers jours de la vie:

a) *La prématurité et la débilité.* — Elles tiennent à des causes multiples parmi lesquelles il faut faire une place à des prédispositions familiales et héréditaires qu'on peut difficilement combattre mais qui, lorsqu'elles sont connues, devraient conduire à des précautions plus grandes. Le repos pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement est une excellente mesure dont l'application doit être facilitée. En outre les femmes enceintes devraient pouvoir s'abstenir de certains travaux particulièrement pénibles.

L'influence du surmenage au cours de la grossesse apparaît dans une statistique du Pas-de-Calais, où ce surmenage existe dans 19 p. 100 des cas avec décès d'enfant et seulement dans 12,6 p. 100 chez les témoins. On ne retrouve toutefois pas ces proportions dans tous les départements si bien que le rôle de la fatigue, s'il doit être admis, est difficile à chiffrer exactement.

Si, malgré toutes les précautions prises, l'accouchement se fait néanmoins avant terme, il faut pouvoir donner au petit prématuré tous les soins nécessaires. Ceci nécessite une organisation et une instrumentation impossible à trouver en dehors de centres spécialisés. Ces centres existent actuellement en trop petit nombre; c'est ainsi qu'en 1954 le Pas-de-Calais, quatrième département de France pour la population, ne possédait qu'un seul centre de prématurés, pas plus que la Haute-Vienne où la population est trois fois moindre. Il y a de ce côté, certainement un effort important à faire dans le cadre d'un renforcement de la protection infantile;

b) *Les traumatismes obstétricaux.* — Responsables de 2.337 décès en 1957, ces traumatismes sont également à l'origine de nombreuses lésions cérébrales entraînant de graves infirmités intellectuelles et motrices. Réduire le nombre et l'importance de ces traumatismes est donc une tâche essentielle.

A ce mal il n'y a qu'un remède, c'est que les accouchements difficiles soient effectués dans les maternités les mieux outillées et par les praticiens les plus compétents.

Pour cela il faut d'abord savoir que l'accouchement comportera des difficultés. Ce doit être un des objectifs de la quatrième visite des femmes enceintes, réclamée par le ministère de la santé, au début du neuvième mois. Etant donné l'importance de ce diagnostic, il faut que l'examen soit pratiqué par un médecin compétent, ce qui implique une liste de médecins agréés par le ministère de la santé et entre lesquels les futures mères auraient la liberté du choix. Si l'on ne veut pas procéder ainsi, il vaudrait encore mieux laisser l'examen aux mains des sages-femmes. En tout cas l'attention devra être attirée sur cette reconnaissance des accouchements difficiles, et des conseils formels devront être donnés à la future mère pour qu'elle ne mette pas son enfant au monde à domicile ou dans une petite maternité rurale dont le rôle, par ailleurs, est fort utile, mais dans un centre bien outillé qui sera en général la maternité hospitalière d'un établissement important tel qu'on n'en trouve guère que dans un grand centre urbain, le plus souvent le chef-lieu du département. Les cliniques privées n'ont pas toujours des moyens suffisants; certaines d'entre elles pourraient cependant recevoir un agrément, à condition d'accepter un contrôle sérieux.

On ne saurait imposer à la mère un établissement déterminé, même si l'accouchement semblait devoir être dangereux. Mais il est infiniment probable que des conseils donnés avec gravité et après un examen sérieux suffiraient, dans l'immense majorité des cas, à diriger le choix et à donner ainsi à la mère et à l'enfant, sinon la certitude, du moins les meilleures chances d'échapper aux dangers qui les menacent.

On peut espérer abaisser ainsi notablement le nombre des décès et des lésions nerveuses liées aux traumatismes obstétricaux;

c) *Les décès dus au facteur rhésus.* — Ils figurent pour un chiffre assez faible; mais ici encore beaucoup seraient évitables si le risque était prévu et si l'accouchement avait lieu sous surveillance et à proximité des soins. Si la détermination du facteur rhésus chez les deux conjoints n'est pas nécessaire au moment du mariage, elle le devient lorsqu'il y a promesse d'enfant. Et il faut y joindre les épreuves permettant de savoir s'il y a incompatibilité réelle entre les deux sangs, ce qui n'est pas toujours le cas. Les parents prévenus pourront ainsi choisir pour l'accouchement les conditions où les accidents seront le plus aisément conjurés.

***

Si une fois franchie la période de l'accouchement on considère les décès au cours de la première année, on constate que deux causes y jouent un rôle essentiel, la toxicose et les infections aiguës du poumon. En 1957, sur un total de 21.519 décès de cause spécifiée, on trouve en effet:

Toxicose: 2.337;

Pneumonie et broncho-pneumonie: 1.826,

vient tout de suite après la grippe mais avec seulement 569 décès dont un nombre, probablement important, est dû à des infections pulmonaires secondaires.

Les mesures à prendre vis-à-vis de ces deux grands dangers ne sont pas les mêmes. La pneumonie et la broncho-pneumonie relèvent surtout des progrès de nos thérapeutiques et de leur application correcte par tous les médecins. Il en va autrement pour la toxicose: affection redoutable, elle ne peut être combattue que par des traitements compliqués qui nécessitent un outillage adéquat, un personnel dévoué et des médecins compétents. Soigner à domicile un enfant atteint de toxicose, c'est presque sûrement le condamner à mort. La lutte et le succès sont donc ici fonction de toute l'organisation médico-sociale. Et cette organisation doit entrer rapidement en action, car il est peu d'affections où le temps compte autant et où aussi peu de jours séparent la guérison possible de la mort certaine. En fait, tous les enfants atteints de toxicose devraient être aussitôt transportés dans un hôpital équipé pour leur traitement. Une tentative pour réaliser ce programme vient d'être faite en Haute-Vienne. Si elle réussit, comme il est probable, il faudra la généraliser dans toute la mesure du possible. C'est là une tâche nécessaire, car la mortalité par toxicose n'a, de 1956 à 1957, diminué que de 6,9 p. 100 alors que la mortalité par pneumonie et broncho-pneumonie s'abaissait de 27 p. 100.

Cette prépondérance de la toxicose et de la broncho-pneumonie ne doit pas faire perdre de vue que les autres causes de mortalité dont chacune est peut-être peu importante mais dont l'ensemble élève nos statistiques de décès au-dessus de celles de nombreux pays voisins. Un progrès à ce point de vue est d'autant mieux concevable que cette mortalité de la première année est très inégalement répartie, variant pour une moyenne générale de 29,2 p. 100, de 19,1 pour la Haute-Vienne à 45,7 pour le Pas-de-Calais et 48,2 pour la Corse. A une époque comme la nôtre, où la diffusion des progrès scientifiques se fait aisément, il devrait être possible de réduire notablement ces grosses différences entre nos divers départements. Il faut pour cela se faire une idée des causes qui engendrent ces différences. Nous utiliserons dans ce but, outre l'article déjà cité des « Etudes statistiques », une comparaison entre la Haute-Vienne et le Pas-de-Calais qui a paru dans le bulletin de l'Institut national d'hygiène, en juillet-septembre 1954, et une enquête menée en 1958 dans la région du Nord par l'institut national d'études démographiques, étude dont les résultats seront prochainement publiés.

Un premier fait résulte de ces enquêtes, c'est que la mortalité liée à l'accouchement n'est pas plus élevée dans les départements défavorisés. Qu'il s'agisse de prématurité, de lésions obstétricales, d'accidents liés au facteur rhésus, les taux dans la région du Nord ne diffèrent pas sensiblement de ceux de l'ensemble de la France. Ce qui est aggravé, c'est la mortalité exogène comme en témoigne les tableaux suivants où les taux de mortalité sont donnés, par rapport à 10.000 naissances pour la région du Nord et pour la France tout entière.

	Région du Nord.	France.
	—	—
Toxicose	89	50
Pneumonie et broncho-pneumonie...	89	46
Autres affections respiratoires	11	8
Gastro-entérites	35	11
Méningites non spécifiées	22	8
Maladies diverses de la première enfance	24	19

Cette différence dans la mortalité est faible pendant le premier mois; elle s'accentue surtout entre le deuxième et le septième mois avec un maximum au troisième et quatrième. Le tableau suivant indique l'excès de mortalité de la région du Nord par rapport à l'ensemble de la France (en pourcentage):

Premier mois.	Deuxième mois.	Troisième mois.	Quatrième mois.	Cinquième mois.	Sixième mois.	Septième mois.	Huitième mois.	Neuvième mois.	Dixième mois.	Onzième mois.	Douzième mois.
10	81	123	124	100	74	73	57	42	55	33	38

Dans ces excès de mortalité, les conditions de vie des familles paraissent intervenir assez peu. L'habitat défectueux, le surpeuplement peuvent jouer un rôle mais n'explique qu'une faible partie des décès. Il en est de même du nombre des enfants et du fait que la mère reste à son foyer ou travaille au dehors.

Le mode d'allaitement intervient davantage. Les enfants sevrés d'emblée représentent 31 à 35 p. 100 dans le Pas-de-Calais contre 18 p. 100 seulement dans la Haute-Vienne. L'allaitement artificiel après le premier mois se voit dans 36 à 46 p. 100 des cas dans le Pas-de-Calais contre 22 p. 100 dans la Haute-Vienne.

Mais ce qui explique surtout la mortalité élevée du Pas-de-Calais, c'est l'insuffisance de l'équipement médico-social, liée elle-même à un comportement psychologique où, dans un milieu trop fermé aux influences extérieures, domine l'attachement aux traditions et aux habitudes et une certaine méfiance pour les nouveautés, même si elles se présentent sous les auspices de la science et de la santé.

Cette insuffisance d'équipement est bien mise en lumière par les chiffres suivants; ils datent de 1954 et ont pu se modifier depuis, mais pas au point de faire rattraper le retard acquis par certains départements, retard qui d'ailleurs n'avait fait que s'accentuer depuis près de 30 ans puisque l'excès de mortalité infantile du Pas-de-Calais par rapport à l'ensemble de la France passait, de 1930 à 1954 de 23 p. 100 à 74,8 p. 100; pour le Nord, les chiffres correspondants sont de 11,5 p. 100 et 36,5 p. 100 (1).

	PAS-DE-CALAIS	HAUTE-VIENNE
Nombre de médecins..	582 (1 pour 2.300 habitants ; 1 pour 4.000 mineurs).	269 (1 pour 1.300 habitants).
Assistantes sociales...	162 (1 pour 8.000 habitants).	85 (1 pour 4.000 habitants).
Assistantes sociales de P. M. I.	30 (1 pour 1.000 enfants de moins d'un an).	53 (1 pour 92 enfants de moins d'un an).
Lits de médecine infantile	176	52
Lits de chirurgie infantile	79	36

Le déficit en lits infantiles calculés sur la base de 1 lit pour 2.000 habitants est de 40 p. 100 dans la Haute-Vienne et de 60 p. 100 dans le Pas-de-Calais. Pour tout l'arrondissement de Béthune, qui compte 550.000 habitants, il n'y avait en 1954 que 43 lits de médecine infantile!

La surveillance par les assistantes sociales touche 85 p. 100 des nourrissons dans la Haute-Vienne et n'existe pour ainsi dire pas dans le Pas-de-Calais, où il y a par contre des consultations de nourrissons en nombre suffisant (206 contre 33 en Haute-Vienne). Mais 40 à 50 p. 100 des nourrissons échappent à la surveillance contre moins de 10 p. 100 en Haute-Vienne.

Il faut aussi tenir compte du fait que, dans les départements à mortalité élevée, l'équipement médico-social n'est pas toujours utilisé par des populations qui parfois en comprennent mal l'importance. Dans le Pas-de-Calais les enfants morts sans qu'ont ait jamais appelé le médecin représentent 13,8 p. 100 des décès du premier mois et 11 p. 100 des décès de 1 mois à 1 an. En outre, le médecin a été appelé moins de vingt-quatre heures avant la mort dans 42,5 p. 100 et 31,2 p. 100 des décès. Si on compare les chiffres absolus du Pas-de-Calais et de la Haute-Vienne on obtient les résultats suivants:

	Pas-de-Calais.	Haute-Vienne.
	—	—
Médecin jamais appelé	53	2
Médecin appelé moins de vingt-quatre heures avant le décès.	153	20

La différence est éclatante; et pourtant la Haute-Vienne est un département à population plus clairsemée et où le recours au médecin devrait être plus malaisé.

La même conclusion peut être tirée des dépenses consacrées par habitant à la P. M. I. telles qu'elles sont indiquées précédemment.

C'est ce désintérêt, cette méfiance vis-à-vis de l'évolution médicale, une certaine résignation aussi aux événements même douloureux, mais que l'on a dû subir depuis des générations, c'est tout cela qui est à la base du retard pris dans certains départements par la lutte contre la mortalité infantile. C'est à ces causes-là qu'il faut surtout s'attaquer en développant l'équipement médico-social et en en faisant comprendre partout l'utilité.

La création de comités départementaux de P. M. I., en décentralisant cet effort éducatif, rendrait certainement de très grands services.

Une telle œuvre est d'autant plus utile que la mortalité des infections infantiles communes n'est pas toujours en diminution. Il se peut que le génie épidémique ait été particulièrement défavorable en 1957, mais la comparaison de 1956 à 1957 ne montre pas de progrès.

(1) Cette situation s'est améliorée depuis lors.

En 1957, le Nord a atteint le taux de 41 p. 1.000 et le Pas-de-Calais 46 p. 1.000. En 1958, les résultats pour chacun des trois premiers trimestres de l'année sont les suivants:

	Premier trimestre.	Deuxième trimestre.	Troisième trimestre.
	—	—	—
Nord	51 p. 1.000	35 p. 1.000	21 p. 1.000
Pas-de-Calais	49 p. 1.000	32 p. 1.000	26 p. 1.000
France entière...	34,8 p. 1.000	27 p. 1.000	22 p. 1.000

	NOMBRE DE DÉCÈS	
	1956	1957
Coqueluche	238	234
Rougeole	133	141
Grippe	417	569
Otites et mastoïdites	274	245
Gastro-entérites	428	438
Méningites cérébro-spinal	38	44
Tétanos	24	25
Total	1.532	1.696

B. — *Les causes de mortalité entre un et quatre ans.*

Ici les choses changent du tout ou tout. Les enfants résistent mieux aux maladies et la mortalité pour 1.000 enfants tombe de 29,2 à 1,66. En 1957, au lieu de 23.595 décès pour la première année, on tombe à 5.159 pour l'ensemble des trois années suivantes. Et la cause principale de mort, ce n'est plus la maladie, ce sont les accidents. On en relève 819, soit près de 16 p. 100 de la mortalité générale. Le tableau suivant donne la répartition du nombre des décès de 1955 à 1957 pour les principales rubriques.

	NOMBRE DE DÉCÈS		
	1955	1956	1957
Accidents	806	818	819
Pneumonie et broncho-pneumonie	649	523	478
Malformations congénitales	255	239	284
Grippe	91	112	277
Leucémie	180	185	185
Tumeurs malignes	121	145	140
Rougeole	103	142	147
Coqueluche	102	90	89
Méningite tuberculeuse	165	127	99

On trouve ici une diminution importante pour la pneumonie et la broncho-pneumonie ainsi que pour la méningite tuberculeuse, diminution qui tient à nos progrès thérapeutiques. Il en est de même, sur un plan moindre pour la coqueluche. Par contre les affectations à virus contre lesquelles nous sommes mal armés comme la rougeole ou la grippe ont eu, entre 1955 et 1957 une évolution défavorable. Enfin, on voit apparaître des fléaux qui vont se développer avec l'âge, les leucémies et les tumeurs malignes.

Si l'on examine la répartition départementale, c'est encore la Haute-Vienne qui a le taux de mortalité le plus faible. Pour l'ensemble des années 1954 à 1956, le taux moyen de la France est de 2,06; il n'est que de 1,18 en Haute-Vienne. Par contre la région du Nord n'a plus le record des décès. Les taux les plus élevés se répartissent de la façon suivante:

Haute-Saône	3,27	Vosges	2,52
Tarn-et-Garonne	3,15	Doubs	2,52
Gers	2,78	Cantal	2,52
Basses-Alpes	2,78	Sarthe	2,51
Basses-Pyrénées	2,64	Meurthe-et-Moselle	2,48
Bouches-du-Rhône	2,54	Manche	2,47
Ardennes	2,53	Ille-et-Vilaine	2,46
Pas-de-Calais	2,53	Nord	2,43

Ainsi, entre un et quatre ans, la mortalité dépend de facteurs plus complexes et ne se prête pas à la même systématisation qu'au cours de la première année. Toutefois, si l'organisation médico-sociale ne joue pas un rôle aussi essentiel que pour les nourrissons, elle garde son importance comme le prouve le taux très bas des décès obtenu en Haute-Vienne. Le développement de cette organisation profitera donc à tous les enfants qui dépendent de la P. M. I. Le rôle des assistantes sociales reste, en cette matière, primordial. Outre les conseils proprement sanitaires, elles devraient être en mesure d'attirer l'attention des parents sur la fréquence des morts accidentelles et de leur enseigner les précautions qui leur permettraient d'en éviter un certain nombre, précaution dont ils ne sont pas toujours suffisamment avertis.

L'analyse qui vient d'être faite des causes de la mortalité infantile permet de conclure que beaucoup d'entre elles pourraient être plus efficacement combattues qu'elles ne le sont. Il ne faut pas un effort très considérable pour nous mettre au niveau des pays voisins; mais il faut que cet effort soit rationnel et persévérant.

2° Autres problèmes sociaux

L'accouchement psycho-prophylactique.

Depuis quelques années, de nouvelles méthodes d'accouchement se sont développées en France. L'accouchement avec préparation psycho-somatique a fait récemment l'objet d'une enquête, grâce à une subvention de la caisse nationale de sécurité sociale. D'après les conclusions publiées dans le *Bulletin de l'institut d'hygiène sociale* (n° 3, de juillet septembre 1958), les résultats de cette méthode sont intéressants. Si les « résultats objectifs », tels que la durée du travail, la fréquence des interventions chirurgicales, le poids de naissance, etc., n'ont pas permis de mettre en évidence des différences importantes entre les séries témoins et les séries d'accouchements préparées, les « résultats subjectifs, c'est-à-dire la diminution des phénomènes désagréables au cours de l'accouchement, qu'il s'agisse de crainte ou de douleur », sont très nets, bien qu'il soit difficile de les apprécier. Les auteurs qui présentent l'enquête indiquent qu'« il existe cependant des critères de la réussite des méthodes étudiées (absence de cris, de gesticulation, de crispation). Or, notre enquête dans les cinq centres permet d'affirmer que ces résultats sont remarquables. La proportion des échecs est faible. Elle varie entre 10 et 28 p. 100. Cela signifie que, dans la série la moins favorable, 72 femmes sur 100 ont tiré de l'emploi des méthodes psychoprophylactiques un bénéfice certain, reconnu par elles-mêmes, par le personnel de la maternité et par le personnel de l'enquête. Cette proportion s'élève à 90 p. 100 dans la série la plus favorisée.

L'enquête dont nous rapportons les résultats confirme donc le grand intérêt des méthodes psycho-prophylactiques, qu'elles soient dénommées accouchement naturel, accouchement sans crainte ou accouchement sans douleur.

Le développement de ces méthodes doit donc être accentué. Dans ce domaine, l'importance du facteur psychologique, par définition mal mesurable, est de moins en moins négligée.

Section II

Les aspects sociaux de la P. M. I.

Il n'était pas utile de poser tous les problèmes sociaux susceptibles d'être évoqués à l'occasion de la P. M. I. Il a suffi, d'ailleurs, de développer dans le chapitre financier du rapport la multiplicité des actions entreprises par les caisses de sécurité sociale et d'allocations familiales, par exemple, pour comprendre qu'on passe insensiblement d'une action spécialisée de protection médicale et sociale des mères et des enfants, à une action plus générale, dont les effets sont plus diffus, action qui, à la limite, se confond alors avec la politique sociale dans son ensemble.

a) La période de gestation et l'accouchement

La période de gestation est particulièrement délicate. Des mesures ont été prises pour que les femmes qui exercent une activité professionnelle, notamment les femmes salariées, puissent se reposer effectivement en interrompant leur activité professionnelle six semaines avant la date présumée de l'accouchement. Les femmes salariées, pendant cette période, reçoivent une compensation de la sécurité sociale, sous forme de demi-salaire. Plusieurs membres de la commission ont montré que ces prestations étaient, dans bien des cas insuffisantes, puisqu'un certain nombre de femmes n'interrompent pas effectivement leur activité professionnelle pendant une période totale de quatorze semaines. D'ailleurs, la période de repos obligatoire est plus courte. La période de quatorze semaines correspond à un droit au demi-salaire. A ce propos, la réduction des allocations prénatales (diminution de moitié du dernier versement de ces allocations) est certainement une décision malheureuse. La commission demande au moins qu'on rétablisse d'abord les allocations prénatales à leur niveau antérieur, puis qu'on les revalorise. Tout devrait être fait pour que la perte d'une partie du salaire, au moment de l'accouchement, ne réduise par les ressources de la famille dans un moment particulièrement délicat de son existence.

De même, l'attribution des allocations de maternité devrait être à nouveau réglementée comme dans le passé. D'ailleurs, les diverses primes et allocations perçues par les mères pendant la période prénatale et au moment de l'accouchement devraient être augmentées.

b) Le développement de l'enfant

Pour que tous les enfants français reçoivent les soins thérapeutiques les meilleurs quand leur état de santé l'exige, il ne suffit pas de disposer d'un équipement médical complet, il faut

souvent que le service social intervienne pour que l'action médicale ait l'occasion de s'exercer. Les enquêtes faites dans la région du Nord sur la mortalité montrent, par exemple, qu'une partie des enfants décédés ont été malades sans que le médecin ait été appelé. D'autres enfants n'ont été examinés par un médecin que moins de 24 heures avant leur mort.

Aussi la commission, suivant en cela les recommandations du ministère de la santé, demande que tous les enfants, nouveaux-nés de moins d'un mois, soient visités par les assistantes sociales.

Il faut assurer encore une surveillance médicale régulière des enfants du premier âge et du second âge. Pour les enfants du premier âge, l'équipement en consultations de nourrissons, sauf dans certaines zones rurales, est jugé suffisant. Les enfants devraient être obligatoirement examinés plusieurs fois au cours de la première année de la vie, soit dans une consultation de nourrissons, soit par un médecin qui exerce en clientèle privée. Cette obligation s'étendrait aux enfants du deuxième âge dans la mesure où ceux-ci ne sont pas suivis régulièrement par les services de la médecine scolaire (enfants fréquentant soit des écoles maternelles soit des jardins d'enfants). Mais le nombre de ces examens serait réduit puisque les risques de décès s'atténuent au fur et à mesure que l'enfant devient plus âgé. De tels examens permettraient un contrôle du développement physique et aussi du développement caractériel et intellectuel de l'enfant, ce qui mérite une particulière attention.

c) Crèches et pouponnières

De nombreuses mères n'ont pas la possibilité pratique d'élever leur jeune enfant, malgré l'allocation de salaire unique qui devrait permettre aux mères d'interrompre leur activité professionnelle pour accomplir pleinement leurs tâches maternelles et éducatives au foyer. Le niveau de ces allocations s'est tellement abaissé ces dernières années, que leur efficacité en est très amoindrie.

De grands besoins en établissements d'hébergement pour les enfants du premier et du second âge sont donc apparus ces dernières années. Si le développement des pouponnières qui reçoivent les nourrissons 24 heures sur 24 heures n'est pas à conseiller pour les enfants normaux, parce que l'absence des soins maternels peut avoir des effets nocifs sur le développement de l'enfant, par contre, de grands besoins de crèches sont apparus. Les crèches accueillent les enfants le matin et les rendent à la mère le soir. Il est évident que de nombreuses mères de famille ont une activité professionnelle pour faire face à leurs besoins. Même celles qui ne le désirent pas n'ont pas la possibilité de s'y soustraire. Selon le III[e] plan de modernisation et d'équipement, dans le bilan de la population active qui serait employée en 1961, et si les hypothèses de développement économique avancées par le plan se réalisaient, l'entrée au travail de 300.000 femmes supplémentaires serait indispensable au cours de la période 1957-1961. Parmi ces femmes, beaucoup seraient sans doute des mères de famille. Le Conseil économique rappelle l'avis qu'il a adopté en date du 3 février 1959 sur le III[e] plan de modernisation et d'équipement.

Sans que la commission ait pris une position précise sur ces problèmes, elle estime que les prestations familiales, en général, devraient être suffisantes pour permettre aux mères de famille d'élever elles-mêmes au moins leurs enfants les plus jeunes. A cet égard, il est assez curieux de comparer le niveau de ces prestations et le coût réel des crèches. Dans la région parisienne, par exemple, pour les crèches gérées par des organismes publics, le coût journalier atteint 1.100 F ou 1.200 F par enfant et par jour, en 1958; il ne peut être supporté que très partiellement par les familles. Ce coût élevé du service explique d'ailleurs la lenteur du développement de ces établissements.

d) L'éducation sanitaire

Les enquêtes pratiquées dans les régions où la mortalité infantile est restée anormalement forte, ont montré que la faiblesse de l'équipement sanitaire et social n'expliquait pas complètement la fréquence des décès d'enfants. Il faudrait donc améliorer l'éducation sanitaire des mères. Comment y parvenir ? Il y a deux méthodes principales. On peut d'abord intensifier l'éducation ménagère des jeunes filles qui sont presque toutes appelées à se marier et à devenir mères. Des organismes comme les caisses d'allocations familiales ont dépensé des sommes importantes dans ce but. L'éducation ménagère est obligatoire dans les établissements de l'enseignement public. Théoriquement toutes les jeunes filles sont donc préparées à leur tâche future. Pratiquement, le problème n'est pas résolu, puisque à chaque enquête sur la mortalité infantile, on constate des déficiences marquées dans l'éducation sanitaire des mères.

Une deuxième méthode consisterait à assurer l'éducation sanitaire des mères qui fréquentent les consultations publiques pendant la période de gestation. Les organismes de sécurité sociale pratiquent cette méthode dans des régions comme la région parisienne, qui a un taux de mortalité infantile parmi les plus faibles de France et même du monde. Ces problèmes d'éducation sanitaire gagneraient à être étudiés plus complètement. Des expériences devraient être faites dans les régions les plus touchés par la mortalité infantile, comme le suggèrent les conclusions de la dernière enquête sur la mortalité infantile dans quelques localités du Nord. Des progrès importants, sinon très rapides, sont à notre portée.

e) Autres problèmes sociaux

Le groupe de l'agriculture a suggéré qu'on accentue les possibilités d'intervention de la mutualité sociale agricole dans la P. M. I. Il suffirait d'augmenter le taux des remboursements faits par les budgets départementaux de P. M. I. pour les activités de la mutualité sociale agricole qui relèvent de l'ordonnance de 1945, pour atteindre ce résultat.

Les budgets départementaux s'en trouveraient alourdis. Comme en fait la part de l'Etat représente maintenant près des neuf dixièmes des dépenses proprement dites de P. M. I. (fonctionnement de consultations ou service social), la charge nouvelle reposerait sur l'Etat et le département. L'action sociale de la mutualité sociale agricole serait ainsi renforcée considérablement.

Un membre de la commission des affaires sociales a demandé qu'on n'oublie pas ici les cas douloureux de l'enfance maltraitée. Le problème se pose, bien qu'il existe des moyens de soustraire les enfants à des parents indignes ou déficients. La tutelle aux allocations familiales exercée par les organismes à qui elle est confiée permet aussi, dans une large mesure, d'améliorer des situations pénibles. La commission a estimé qu'on ne pouvait pas évoquer longuement ce problème dans un rapport général sur la P. M. I. Presque tous les enfants sont traités convenablement par leurs parents ou leurs tuteurs, et si des efforts doivent être faits pour éclairer les parents ou éducateurs sur les besoins des enfants et les meilleurs méthodes d'éducation, ceci ne saurait être confondu sans erreur avec les problèmes de l'enfance malheureuse.

La commission estime que certaines des mesures légales prises en faveur des mères de famille salariées, ne profitent pas à l'ensemble des mères. Ainsi les prescriptions sur le repos pré et postnatal n'allègent en aucune façon le travail des mères de famille qui n'exercent pas d'activité professionnelle. Des initiatives ont été prises pour aider les mères de familles (haltes-garderies pour les enfants, maisons sanitaires de la mère et de l'enfant, services d'auxiliaires familiales, etc.). Ces formes nouvelles d'aide aux mères devraient être encouragées très largement.

La commission demande enfin que des mesures soient prises pour assurer l'équipement social des grands ensembles résidentiels en construction. L'intensité de la crise du logement est telle qu'on a construit très souvent des centaines de logements sans prévoir en même temps des installations sociales répondant aux besoins de la nouvelle population. Pour la protection des enfants en bas âge, il est indispensable que les nouveaux quartiers des villes, comme d'ailleurs les anciens, soient équipés sur le plan social. De telles réalisations ne pourraient souffrir sans danger de longs retards. Il va de soi qu'elles ne doivent pas être limitées à des installations de P. M. I., mais qu'elles doivent comprendre l'ensemble d'un équipement social résidentiel dont certains exemples pourraient avantageusement être cités. Dans l'intérêt du bien-être des mères et des jeunes enfants, une action s'impose sur laquelle la commission s'est trouvée unanime.

Cet effort d'équipement devrait être accompli aussi dans les départements à forte mortalité infantile et à expansion démographique rapide, par exemple dans certains départements de l'Est dont l'activité économique s'est considérablement accrue depuis dix ans.

Section III

Quelques problèmes financiers.

A. — *Dépenses de fonctionnement.*

Le développement des méthodes de protection doit normalement provoquer un supplément de dépenses. Il n'est pas possible de chiffrer, même en ordre de grandeur, l'importance de ces charges. Quand on pense qu'un pays dévasté comme la France de 1945 a réussi à généraliser la protection maternelle et infantile, en quelques années, il semble qu'il ne devrait pas y avoir d'obstacles financiers à provoquer par exemple un quatrième examen prénatal des mères par un médecin qualifié et à surveiller de façon plus régulière l'ensemble des enfants

du premier et du second âge. Une grande partie de ces dépenses sera d'ailleurs assumée nécessairement par les organismes de sécurité sociale (assurance-maternité notamment).

Naturellement, ce supplément de dépenses paraîtra venir à une mauvaise période, puisque des mesures ont été prises, le 29 décembre 1958, pour réduire les charges de la sécurité sociale. Ces mesures et la réduction des fonds d'action sanitaire et sociale auront des répercussions sur les efforts des organismes de sécurité sociale et de prestations familiales dans le domaine de la protection maternelle et infantile. Si les enfants ne paraissent pas directement touchés par elles, ils le sont indirectement, ne serait-ce que parce que la santé de la famille tout entière ne peut pas être isolée sans arbitraire de la santé du nourrisson ou du jeune enfant. Mais ce qui paraît spécialement grave, aux dirigeants de l'U. N. C. A. F. par exemple, c'est la réduction des fonds d'action sanitaire et sociale. En effet, les actions financées par ces fonds sont souvent des actions de protection maternelle et infantile. Tout le monde estime que ces activités sont encore insuffisantes. Ne va-t-on pas les réduire encore ? Dans l'affirmative, de quel prix le pays ne paiera-t-il pas une telle réduction ?

L'Union interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales a attiré l'attention de la commission sur certaines dépenses effectuées par les œuvres privées.

Certaines de ces dépenses qui sont situées dans le cadre de l'ordonnance de 1945 ne sont remboursées qu'imparfaitement et sont donc une lourde charge pour les caisses de sécurité sociale, d'allocations familiales, de mutualité sociale agricole et pour les œuvres privées. (Dans la région parisienne, les visites d'assistantes sociales sont remboursées sur la base d[illegible] forfait. Actuellement, pour chacune des visites effectuées, [illegible] réel est supérieur à 200 francs environ au forfait.)

[illegible]agraphes 1[er] et 5° de l'article L. 182 du code de la [illegible]blique ont été appliqués jusqu'ici sans tenir compte suff[illegible]ment de l'évolution des dépenses de P. M. I. engagées par c[illegible]ganismes. Il y aurait lieu d'ajuster la couverture forfaita[illegible] du coût réel (1).

B. — *Le plan d'équipement sanitaire et social.*

Depuis 1952, l'équipement sanitaire et social est intégré dans les plans de modernisation et d'équipement. Le plan d'équipement 1952-1957 a pu être réalisé en partie. Le nouveau plan d'équipement 1958-1961 devrait être réalisé intégralement pour répondre aux besoins essentiels de la protection maternelle et infantile. Si l'on consulte les documents préparatoires à ce plan, on voit que les travaux prévus ont été réduits en cours d'études pour assurer probablement l'équilibre global du IIIe plan de modernisation et d'équipement. Les travaux des commissions spécialisées du plan sont harmonisés par des groupes de synthèse, et des sacrifices sont faits à ce moment-là même sur des dépenses que d'abord il ne paraissait pas possible d'ajourner ou de comprimer.

L'examen de ce plan d'équipement sanitaire et social montre que l'accent a été mis sur certaines réalisations qui, indirectement, doivent aider le pays à réaliser les objectifs prévus dans le domaine économique. Des dépenses sont retenues pour permettre aux mères de poursuivre leur activité salariée. Le plan prévoit donc un développement important des crèches: dépenses d'équipement de 5 milliards pour ce poste. Comme les dépenses totales d'équipement s'élèveraient à 9 milliards 734 millions, les crèches représentent en crédits plus de la moitié du plan. Les deux autres postes importants de dépenses concernent la création ou la modernisation de centres de protection maternelle et infantile (1.451 millions) et la modernisation ou la création de consultations de nourrissons (1.514 millions). Nous n'insisterons pas sur le jugement qu'appelaient de telles prévisions puisque aussi bien le Conseil économique a émis à ce sujet un récent avis.

On trouvera en annexe un tableau sur le programme proposé par la commission de l'équipement sanitaire et social.

SECTION IV

Aspects administratifs.

Sur le plan administratif, des organismes comme le comité départemental de la protection maternelle et infantile qui fonctionne dans le département de la Seine pourraient être créés dans l'ensemble des départements en commençant par ceux dont la population est la plus importante et par ceux où la mortalité infantile est la plus élevée. Comme dans le département de la Seine, les comités de la protection maternelle et infantile qui seraient organisés dans d'autres départements devraient comprendre obligatoirement un pédiatre et un accoucheur. Par ailleurs, bien que la commission n'ait pu examiner longuement ce problème, la coordination des services sociaux lui est apparue d'une importance capitale. Elle souhaite que les nouveaux textes intervenus en permettent la mise en œuvre effective.

Enfin, les services départementaux de P. M. I. devraient agir en liaison étroite avec les services départementaux de prévention des accidents pour engager une lutte plus efficace contre cette cause de mortalité. (Voir tableau de la page 82 C.E., enfants de un à quatre ans.)

CONCLUSION GENERALE

Depuis 1945, la protection maternelle et infantile s'est développée conformément aux orientations prévues par l'ordonnance. Maintenant que la France a atteint des taux relativement bas, au cours des dernières années, il semble que de nouveaux progrès soient plus difficiles à accomplir. Cependant, plusieurs pays ont atteint des niveaux de mortalité infantile nettement inférieurs au nôtre. Ces taux semblent être une limite dans l'état des techniques médicales actuelles et des habitudes sociales dans les régions les plus avancées du monde. A cet égard, il convenait donc de poser un certain nombre de problèmes et de donner un nouvel élan aux activités de protection maternelle et infantile.

L'étude du Conseil économique n'avait pas pour but de décrire, dans le détail, les activités courantes de la P. M. I. depuis 1945. Ce travail est fait périodiquement par le ministre de la santé et de la population, qui publie des rapports quinquennaux dans lesquels ont trouve toutes les informations utiles à ce sujet.

Le Conseil économique a voulu attirer l'attention des pouvoirs publics sur quelques problèmes médicaux et sociaux, qui n'ont pas encore reçu de solution satisfaisante. Pour accomplir de nouveaux progrès, dans le domaine de la mortalité infantile par exemple, il faudra mettre en œuvre des mesures qui compléteront celles qui sont prévues par l'ordonnance de 1945; l'institution d'un quatrième examen prénatal, effectué par un médecin spécialement qualifié, ou la surveillance plus complète des enfants du premier âge et du second âge, en seront, parmi d'autres, des manifestations. Sur le plan social et familial, le rapport comprend une série de suggestions visant à améliorer la situation sociale des femmes enceintes et la protection des enfants, qui est d'ailleurs inséparable de la protection de la famille dans laquelle ils vivent.

Les progrès obtenus de 1945 à 1958, dont notre pays peut être fier et qui font honneur aux services de la P. M. I., donnent la certitude que des solutions, mêmes partielles, aux problèmes abordés par la commission suffiraient à améliorer considérablement la position de la France. L'efficacité passée de la protection maternelle et infantile est une promesse dans l'avenir.

Ces vues sur l'amélioration des méthodes de la P. M. I. restent pourtant modestes et partielles. Quelques problèmes très importants qui ne doivent pas échapper aux responsables de la santé publique, ne sont pas traités dans ce rapport. Le résultat des efforts accomplis en ce domaine ne consiste pas seulement dans l'abaissement des taux de mortalité. L'amélioration qualitative des populations deviendra dans l'avenir un souci primordial. Les connaissances médicales se sont développées en ce domaine. Il est extrêmement important de favoriser la recherche et l'application des meilleures méthodes de soins, notamment depuis la conception jusqu'à l'accouchement. A côté des facteurs culturels et des facteurs socio-économiques qui définissent les qualités d'une population, il existe des facteurs biologiques et génétiques qui ne peuvent pas être ignorés. Ce champ d'études est extrêmement vaste. On n'a que peu de certitudes en ces matières.

Après de nombreux pays, la France s'est engagée, elle aussi, dans cette voie, quand elle a créé l'examen prénuptial obligatoire. Cet examen peut contribuer en effet à informer l'un des futurs époux des conséquences éventuelles de son prochain mariage sur la santé du conjoint ou la santé des enfants à naître. L'intervention se borne, en pratique, à des conseils relatifs à l'utilité de soins médicaux pour des maladies comme la tuberculose ou la syphilis, avant le mariage. Il devrait être possible de donner aux ménages des conseils plus positifs sur les conditions dans lesquelles les enfants qui naîtront de leur union, pourraient avoir les meilleures chances d'être sains et vigoureux.

Il n'est pas question ici de préconiser des réformes quelconques dans ce domaine. Ces problèmes devront cependant un jour être examinés avec tout le sérieux et toute la prudence nécessaires.

---

(1) Texte de l'article L. 182 (1° et 5°):

« *Art. L.* 182. — Figurent notamment parmi les dépenses:

« 1° La rémunération des assistantes sociales dans la mesure où elles concourent à l'application des présentes dispositions et les frais nécessités pour la coordination des services sociaux.

« 5° Les dépenses des œuvres privées dans la mesure où leur activité supplée ou renforce l'action des pouvoirs publics sur l'application du présent titre. »

ANNEXES AU RAPPORT

ANNEXE I

Après de longues études, il a paru préférable d'élaborer un texte qui réunit les prescriptions essentielles du décret du 24 avril 1940 et de l'acte dit loi du 16 décembre 1942 et leur ajouter certaines dispositions techniques nouvelles.

On peut attendre de ces mesures l'abaissement massif de la mortalité infantile, et il y a lieu d'espérer que, dans les deux ans qui suivront la promulgation de la loi, nous reviendrons aux chiffres de 1939; une application stricte du texte devrait même permettre d'abaisser ce taux à la moyenne normale pour un pays civilisé.

En effet, dès à présent, malgré toutes les difficultés et les carences de l'époque, la mortalité infantile a été maintenue aux environs de 5 p. 100 dans certaines collectivités restreintes, où des mesures techniques comparables à celles que la loi nouvelle va généraliser ont pu être appliquées.

A une époque de son histoire où la France a un besoin vital d'accroître sa population, le premier devoir qui s'impose aux pouvoirs publics est de sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde, et la présente ordonnance apparaît, en la matière, comme une véritable mesure de salut public.

II. — CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

LIVRE II

Protection sanitaire de la famille et de l'enfance.

TITRE Ier

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Ce titre correspond aux matières traitées par l'ordonnance du 2 novembre 1945, sous la forme codifiée par le décret du 5 octobre 1953 et les mises à jour subséquentes, à l'exception des articles 176 à 179, qui reprennent les dispositions du code de la famille du 29 juillet 1939.

Art. L. 146. — La protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères, ainsi que celle des enfants n'ayant pas dépassé deux ans révolus, dits enfants du premier âge, et de ceux de trois à cinq ans révolus, dits enfants du second âge, est organisée dans les conditions fixées par le présent titre.

CHAPITRE Ier

Organisation administrative.

SECTION I. — *Institutions.*

Art. L. 147. — La protection médico-sociale maternelle et infantile est organisée dans le cadre du département, qui est divisé, après délibération du conseil général, en circonscriptions, chacune des circonscriptions étant elle-même divisée en un certain nombre de secteurs.

Art. L. 148. — La circonscription est pourvue d'un centre de protection maternelle et infantile et comprend autant de consultations de nourrissons et de consultations prénatales que l'exigent les besoins de la population. Les consultations de nourrissons et les consultations prénatales doivent, en principe, correspondre, chacune respectivement à 8.000 habitants et 20.000 habitants. Des consultations d'enfants du second âge doivent être également prévues dans toutes les circonscriptions.

Art. L. 149. — Le centre principal de protection maternelle et infantile prévu pour chaque circonscription à l'article précédent est constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés exerçant leur activité, en partie ou en totalité, dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

Ce centre comprend obligatoirement:

Une consultation prénatale, dans laquelle pourront être examinés les futurs parents;

Une consultation postnatale;

Une consultation de médecine infantile d'enfants du premier âge;

Une consultation de médecine infantile d'enfants du second âge.

Il comprend éventuellement une consultation contre la stérilité conjugale.

Chaque centre doit s'assurer et rémunérer le concours d'un service antituberculeux, d'un service antivénérien, d'un laboratoire d'analyses médicales, suivant les modalités fixées par le directeur départemental de la santé.

Il peut toutefois faire appel pour les examens de radiologie à un autre service. Les modalités suivant lesquelles il est admis à user de cette faculté ou à demander le concours d'autres services spécialisés sont fixées comme il est prévu à l'alinéa précédent.

Art. L. 150. — Tout département doit être rattaché à un ou plusieurs centres de placement surveillés relevant du service de la protection maternelle et infantile qui exerce sur eux le contrôle sanitaire et social prévu par le présent article.

Ces centres nourriciers ne reçoivent que les enfants du premier âge, qu'il s'agisse d'enfants placés par leurs familles, d'enfants surveillés, d'enfants recueillis temporairement, d enfants en garde ou, éventuellement, de pupilles de l'Etat.

Lorsque la circonscription d'un de ces centres s'étend à plusieurs départements qui ont coopéré à sa création, le fonctionnement en est surveillé par le service de la protection maternelle et infantile du département où le centre est installé.

SECTION II. — *Direction et coordination.*

Art. L. 151. — Dans chaque département, le service de la protection maternelle et infantile, au point de vue médico-social et administratif, est confié au directeur départemental de la santé.

Art. L. 152. — Une assistante sociale-chef seconde le médecin chargé du service départemental de la protection maternelle et infantile, pour tout ce qui concerne le travail et la discipline du personnel des assistantes sociales concourant à l'application du présent titre.

Art. L. 153. — Dans chaque région sanitaire, il est désigné un médecin consultant régional de pédiatrie.

La mission de ce médecin est d'ordre exclusivement technique. Il rend compte de son activité à l'inspecteur divisionnaire de la santé.

SECTION III. — *Dispositions spéciales du département de la Seine.*

Art. L. 154. — Pour le département de la Seine, un arrêté du ministre de la santé publique et de la population fixe les modalités suivant lesquelles le directeur général de l'assistance publique de Paris, d'un part, le directeur départemental de la santé et le directeur départemental de la population et de l'entraide sociale, d'autre part, assurent de concert l'application des présentes dispositions.

CHAPITRE II

Du Certificat prénuptial.

Art. L. 155. — Au cours de l'examen prévu par le 2e alinéa de l'article 63 du code civil, l'attention du médecin doit se porter particulièrement sur les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance.

Art. L. 156. — Le médecin ne devra délivrer le certificat prévu au 2e alinéa de l'article 63 du code civil qu'au vu du résultat:

1° D'un examen radioscopique et éventuellement radiographique effectué par un dispensaire public ou par un médecin agréé à cet effet;

2° D'un examen sérologique effectué par un laboratoire agréé.

Le médecin communiquera ses consultations à l'intéressé et lui en signalera la portée.

Dans les cas graves, il devra lui confirmer cette communication par écrit.

Art. L. 157. — Un modèle de certificat prénuptial est établi par arrêté du ministre de la santé publique et de la population.

Art. L. 158. — Les frais résultant de l'examen médical avant le mariage sont couverts:

1° Par les caisses de sécurité sociale en ce qui concerne leurs affiliés et dans la mesure de leurs tarifs de responsabilité;

2° (Décret du 11 mai 1955). Par le service de l'aide médicale pour ceux qui bénéficient de ce mode d'assistance.

Ces frais restent à la charge des intéressés eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux, ni bénéficiaires de l'aide médicale.

CHAPITRE III

Protection des futurs parents.

SECTION I. — *Examens médicaux.*

Art. L. 159. — Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations de toute nature versées par l'Etat, par les collectivités publiques ou les établissements publics, par les caisses de sécurité sociale, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale.

Elle doit, en outre, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique et de la population, après avis de l'académie nationale de médecine, faire l'objet d'au moins trois examens au

cours de sa grossesse, et d'un examen postnatal dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. (V. infra, annexe, arrondissement du 14 mai 1946.)

Le Premier examen, qui se place avant la fin du troisième mois, est à la fois obstétrical et général; il doit être effectué, ainsi que l'examen postnatal par un médecin.

Le directeur départemental de la santé détermine, compte tenu de l'équipement sanitaire dont il dispose, la nature et les modalités desdits examens en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose et de la syphilis.

Ces examens sont pratiqués:

a) Soit par un médecin au choix de l'intéressé;

b) Soit par un médecin d'un centre de protection maternelle et infantile;

c) (Décret du 11 mai 1955). Soit par un médecin inscrit au service de l'aide médicale pour les bénéficiaires de ce mode d'assistance.

« Les frais d'examen sont répartis conformément aux règlements et lois en vigueur, notamment suivant les dispositions des articles (décret du 10 septembre 1956), 190 et 191 du code de la famille et de l'aide sociale, et suivant la législation sur les assurances sociales. »

En cas d'inobservation des dispositions du présent article, la suspension partielle ou totale des allocations visées au 1er alinéa du présent article est prononcée par l'organisme payeur, à la demande notamment du directeur départemental de la santé, de l'inspecteur du travail ou du contrôleur des lois sociales en agriculture.

Un décret détermine, pour chacune des administrations intéressées les conditions d'application du présent article.

Art. L. 160. — Chaque fois que l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé, autant que possible, au centre de protection maternelle et infantile, à un examen général du père accompagné de tous les examens de laboratoire, sérologiques ou autres, jugés utiles.

Art. L. 161. — Des primes d'assiduité sont accordées soit en espèces, soit en nature, aux futures mères qui fréquentent régulièrement les consultations prénatales et les séances de vulgarisation organisées par ces consultations et au cours desquelles les intéressées acquièrent les premières notions de puériculture. L'importance de ces primes et les modalités d'octroi sont fixées après délibération du conseil général, par arrêté préfectoral sur proposition du directeur départemental de la santé.

Art. L. 161-1 (décret du 11 mai 1955). — Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le tribunal civil, qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique. Un des exemplaires de la consultation sera remis à la malade, les deux autres conservés par les deux médecins consultants.

SECTION II. — *Visites à domiciles.*

Art. L. 162. — Les assistantes sociales visitent à domicile les femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière.

CHAPITRE IV

Protection des enfants.

SECTION I. — *Carnet de santé.*

Art. L 163. — Tout enfant est pourvu d'un carnet de santé délivré gratuitement par le maire lors de la déclaration de la naissance. Les enfants présentés dans les consultations de nourrissons et dans les centres de protection maternelle et infantile, s'ils n'ont pas encore reçus ce carnet, en sont pourvus par les soins de ces organismes.

Un arrêté du ministre de la santé publique et de la population détermine la forme et le mode d'utilisation de ce carnet où seront mentionnés obligatoirement les résultats des examens préventifs prescrits par le présent titre et où seront également notées, au fur et à mesure, toutes les consultations importantes concernant la santé de l'enfant. — V. arrêté 11 mai 1957 (*J. O.* 19 mai, rect. *J. O.* 19 octobre).

SECTION II. — *Surveillance sanitaire et sociale.*

Art. L. 164. — Jusqu'au début de l'obligation scolaire, tous les enfants sont l'objet d'une surveillance sanitaire préventive et éventuellement d'une surveillance sociale.

Cette surveillance, qui est exercée à domicile par les assistantes sociales, porte plus particulièrement sur:

1° Les enfants qui sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de leur père, mère ou tuteur;

2° Les enfants dont les parents reçoivent un secours ou une allocation de l'Etat, des collectivités, des caisses de sécurité sociale;

3° Les enfants dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou ivresse à une peine correctionnelle.

Les assistantes sociales s'assurent que les enfants reçoivent tous les soins que nécessite leur état et que les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit, conformément aux articles 6, 16 et 16 *bis* du décret du 29 juillet 1939, relatif à la famille et à la natalité françaises (code de la sécurité sociale, art. 526 et 533). — V. 1955, art. 10, supra, 2e partie, annexe III.

La fréquence des visites des assistantes sociales est réglée par le préfet, sur proposition du directeur départemental de la santé après avis du médecin chef du centre de protection maternelle et infantile du secteur.

Les assistantes sociales rendent compte mensuellement de leurs visites au directeur départemental de la santé.

Art. L. 165. — La surveillance sanitaire des enfants dont la protection est organisée par le présent titre s'exerce, en outre, dans les consultations de nourrissons.

Des primes d'assiduité sont accordées, soit en espèce, soit en nature, totalement ou partiellement, aux personnes qui présentent régulièrement leurs nourrissons. L'importance de ces primes et les modalités d'octroi sont fixées après délibération du conseil général, par arrêté préfectoral, sur proposition du directeur départemental de la santé.

Art. L. 166. — Chaque fois qu'il est constaté, soit à la consultation de nourrissons, soit à l'occasion de la visite à domicile, que la santé de l'enfant est déficiente, l'assistante sociale doit engager la famille ou la personne à laquelle incombe la garde de l'enfant, à faire appel à un médecin et, le cas échéant, faire appuyer son avis par un médecin agréé par le service de la protection de l'enfance.

De même, si la santé de l'enfant est compromise par l'absence de soins convenables, par de mauvais traitements ou de mauvais exemples, l'assistante sociale en rend compte simultanément et sans délai au médecin chef du centre de protection maternelle et infantile de la circonscription intéressée et au directeur départemental de la santé. Ce dernier provoque d'urgence toutes mesures appropriées en vue de sauvegarder la santé ou la vie de l'enfant et, notamment, fait constater l'état de ce dernier par un médecin agréé par le service de protection de la maternité ou de l'enfance.

Art. L. 167. — Si un enfant tombe malade chez une nourrice ou une gardienne et que les parents n'aient pas pris de mesures nécessaires pour qu'il reçoive les soins médicaux, la nourrice ou la gardienne, après avoir appelé le médecin pour la première visite, en informe le maire qui prononce l'admission d'urgence à (décret 11 mai 1955) « l'aide médicale » sauf recours contre les parents et, éventuellement, le bureau des nourrices.

Si l'enfant placé chez une nourrice ou une gardienne ne paraît pas recevoir les soins matériels ou moraux nécessaires, le directeur départemental de la santé peut, après mise en demeure adressée aux parents, prononcer le retrait de l'enfant de chez la nourrice ou la gardienne et le placer provisoirement chez une autre personne. Il en réfère ensuite au préfet qui statue en ce qui concerne le placement définitif de l'enfant et le retrait du certificat de la nourrice prévu à l'article 170 ci-après. Il peut interdire, le cas échéant, à cette dernière de recevoir de nouveaux enfants.

Art. L. 168. — Si le médecin appelé par l'assistante sociale dans les conditions prévues à l'article L. 166 reconnaît soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie susceptible d'être transmise, l'allaitement au sein peut être supprimé par décision du directeur départemental de la santé, qui en avise immédiatement les parents.

SECTION III. — *Placement de l'enfant en nourrice ou en garde.*

§ 1er. — Conditions exigées des nourrices ou gardiennes.

Art. L. 169. — Toute personne qui veut recevoir chez elle, pour une durée supérieure à huit jours, un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en garde, est tenue de se munir préalablement:

1° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil, indiquant sa moralité et celle des personnes qui vivent sous le même toit, et ses moyens d'existence, précisant si elle a déjà élevé d'autres enfants.

L'assistante sociale du secteur, et, à défaut, le maire, attestera d'autre part que ni la nourrice, ni aucune personne de son entourage immédiat n'est alcoolique notoire;

2° D'un certificat médical déclarant qu'elle est apte à élever un enfant, que la maison où elle habite est salubre et que ni elle, ni aucune personne appelée à cohabiter avec l'enfant, n'est atteinte de tuberculose ou de syphilis; à cet égard, le certificat doit préciser que les examens cliniques et autant que possible radiologiques, bactériologiques et sérologiques, ont donné des résultats négatifs. Le certificat indique enfin le nombre d'enfants qu'elle peut recevoir en garde, celui-ci ne pouvant, en aucun cas, excéder trois;

3° Si elle veut nourrir l'enfant au sein, le certificat médical doit attester qu'elle est apte à allaiter; le certificat du maire doit également indiquer si son dernier enfant est vivant et, dans l'affirmative, qu'il est âgé au moins de six mois.

Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans lesdits certificats sera punie des peines prévues à l'alinéa 1er de l'article 155 du code pénal.

Art. L. 170. — Toute nourrice au sein ou donneuse de lait ne peut se placer chez autrui sans être munie:

1° D'un certificat médical attestant qu'elle est apte à allaiter et n'est atteinte d'aucune maladie transmissible, qu'elle a subi les examens de dépistage de la syphilis et de la tuberculose mentionnés à l'article L. 169;

2° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil, accompagné d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

Exceptionnellement, une mère dont l'enfant n'a pas six mois révolus peut nourrir au sein un autre enfant en même temps que le sien:

1° Si un certificat médical constate qu'elle peut suffire à cette double tâche;

2° En cas de soudaine carence lactée d'une autre mère.

Les infractions aux dispositions du présent article sont punies d'une amende de 6.000 F à 36.000 F.

§ 2. — Déclarations obligatoires en cas de placement de l'enfant en nourrice ou en garde

Art. L. 171. — Sera punie d'un à huit jours d'emprisonnement et d'une amende de 6.000 à 36.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui place pour une durée supérieure à huit jours son enfant en nourrice ou en garde sans faire à la mairie de sa résidence une déclaration indiquant le lieu de naissance de l'enfant et son état civil avec production d'une copie des certificats prévus à l'article L. 169 ci-dessus.

Lors du placement, il devra être remis à la nourrice ou gardienne le carnet de santé de l'enfant, constatant:

1° Que celui-ci n'est atteint d'aucune maladie transmissible;
2° Qu'il peut être transporté sans danger.

Seront punis des peines ci-dessus prévues les parents qui, nonobstant la mise en demeure qui leur sera adressée par le directeur départemental de la santé, maintiendraient leurs enfants chez les nourrices ou gardiennes frappées de l'interdiction prévue à l'article L. 167 ci-dessus.

Art. L. 172. — Nul ne peut prendre chez lui une nourrice au sein ou donneuse de lait sans que celle-ci soit munie des divers certificats prévus à l'article L. 170 ci-dessus.

Il doit, dans les quarante-huit heures de l'arrivée de la nourrice, en faire la déclaration à la mairie de sa résidence et y présenter:

1° Lesdits certificats;
2° Une déclaration signée de la nourrice spécifiant les conditions de placement de son enfant et attestant, s'il a moins de six mois, qu'il est élevé au sein;
3° Un certificat médical constatant que l'enfant confié à la nourrice ne présente aucun signe de maladie transmissible.

Les infractions aux dispositions du présent article sont punies d'une amende de 6.000 à 36.000 F.

Art. L. 173. — Sera punie d'un à huit jours d'emprisonnement et d'une amende de 6.000 à 36.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui aura reçu chez elle un nourrisson ou un enfant en garde sans:

1° En faire la déclaration à la mairie de la commune de sa résidence dans un délai de 3 jours à compter de l'arrivée de l'enfant, en présentant le certificat de salubrité et d'aptitude à la garde mentionné à l'article L. 169 ci-dessus;
2° En cas de changement de résidence, notifier, avant son départ, ce changement à la mairie de la commune qu'elle quitte et faire une nouvelle déclaration dans les trois jours de son arrivée à la mairie de la commune dans laquelle elle vient de se fixer en présentant les certificats prévus à l'article L. 169 ci-dessus;
3° Déclarer dans les mêmes délais le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne pour quelque cause que cette remise ait lieu;
4° En cas de décès de l'enfant, en faire dans les vingt-quatre heures la déclaration légale.

En cas de récidive, dans le délai d'un an, la délinquant est passible d'un emprisonnement de onze jours à six mois et d'une amende de 45.000 à 300.000 F.

Si un enfant précédemment en nourrice, en garde ou en sevrage décède à l'hôpital, l'administration de l'hôpital est tenue d'en aviser sans délai la mairie de la résidence de la nourrice ou gardienne en même temps que le directeur départemental de la santé de la circonscription.

Art. L. 174. — Il est ouvert dans les mairies deux registres destinés à recevoir:

Le registre n° 1: les déclarations des parents prévues aux articles L. 171 et 172 ci-dessus.

Le registre n° 2: les déclarations des nourrices et gardiennes prévues à l'article L. 173 ci-dessus.

En cas d'absence ou de tenue irrégulière des registres, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du code civil.

Le maire donne avis, dans les quarante-huit heures, à l'assistante sociale du secteur, par l'intermédiaire du maire de la commune de placement de l'enfant, en ce qui concerne les déclarations visées à l'article L. 171 des déclarations déposées.

§ 3. — Salaire des nourrices ou gardiennes.

Art. L. 175. — En cas de non-payement du salaire des nourrices ou des gardiennes, une tentative amiable est faite par les soins du préfet auprès des parents ou des personnes qui ont effectué les placements.

Si les nourrices ou gardiennes sollicitent l'assistance judiciaire, le procureur de la République communique pour avis leur demande au préfet.

Les mois de nourrice font partie des créances privilégiées et prennent rang entre les numéros 3 et 4 de l'article 2.101 du code civil.

CHAPITRE V

Du contrôle de certains établissements.

Section I. — *Etablissements d'accouchements.*

Art. L. 176. — Nul ne peut ouvrir ou diriger une clinique ou maison d'accouchement ou un établissement privé recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police, dans le département de la Seine, du préfet dans les autres départements.

Un règlement d'administration publique fixe les conditions d'ouverture et de fonctionnement que devront remplir les établissements visés à l'alinéa précédent.

Toute personne qui ouvre ou dirige sans autorisation un des établissements visés (décret du 11 mai 1955) « au présent article » ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation, est punie d'une amende de 360.000 F à 1.800.000 F; l'établissement pourra en outre, être fermé en cas de récidive dans les trois ans, le coupable sera puni, en outre, d'un emprisonnement de six jours à deux ans, le tout sans préjudice des peines plus fortes encourues notamment du fait des crimes et délits par les articles 317, 345 à 351 du code pénal et par (décret du 11 mai 1955) « les articles L. 647 et suivants du présent code ».

Art. L. 177. — Les établissements visés à l'article L. 176, autorisés ou non, sont soumis à la surveillance préfectorale exercée par le directeur départemental de la santé ou par son adjoint et par les commissaires de police. Ces fonctionnaires peuvent pénétrer à toute heure, de jour et de nuit, dans les établissements susvisés et procéder à toutes investigations, constatations et enquêtes par eux jugées utiles.

Quiconque fait obstacle aux inspections prévues à l'alinéa précédent sera puni de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 180.000 à 1.080.000 francs. La fermeture de l'établissement peut, en outre, être prononcée.

Art. L. 178. — Le préfet peut, à toute époque, prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 sur le rapport du directeur départemental de la santé.

Art. L. 179. — Toute publicité de caractère commercial, sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée la grossesse ou l'accouchement est interdit, sauf en faveur des établissements autorisés dans les conditions de l'article L. 176 de la présente section, ainsi que dans les publications exclusivement réservées au corps médical.

Section II. — *Etablissements concourant à la production, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge.*

Art. L. 180. — Le contrôle du directeur départemental de la santé, au point de vue médical et technique, et celui des inspecteurs principaux des directions départementales de la population, au point de vue administratif et financier s'exerce sur tous les établissements ainsi que sur les particuliers qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge.

Ce sont:

1° Les maisons maternelles, les crèches ou pouponnières, les chambres d'allaitement, les centres de placements surveillés;
2° Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait;
3° Les bureaux de nourrice, les meneurs et meneuses, les sages-femmes et autres intermédiaires s'employant habituellement au placement des enfants.

Sont également soumis à la surveillance sanitaire les garderies et les jardins d'enfants. Voir décret 12 août 1952 (B. L. D. 1952.590; *J. O.* 19 août), arr. 12 août 1952 (*J. O.* 19 août) et arr. 14 avril 1954 relatif aux jardinières d'enfants (*J. O.* 25 avril).

En ce qui concerne les chambres d'allaitement, les crèches, les pouponnières, les garderies d'enfants dépendant d'établissements industriels, la surveillance s'exerce en accord avec les représentants du ministère du travail.

Les organismes privés ou les particuliers visés ci-dessus ne peuvent exercer leur activité sans une autorisation délivrée par le préfet, après avis du directeur départemental de la santé.

Toute décision de refus doit être motivée.

Le directeur départemental de la santé a qualité pour faire vérifier à tout moment l'état de santé des personnes qui, en exerçant soit pour leur propre compte, soit au service d'autrui l'une des activités visées ci-dessus, se trouvent en contact avec des enfants.

Si les examens qu'il aura prescrits, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique et de la population révèle que les personnes examinées sont atteintes d'une affection contagieuse, les malades ainsi dépistés devront interrompre leur activité jusqu'à la disparition complète des risques de contagion. V. décr. 21 avril 1945, relatif à la réglementation des pouponnières, des crèches, des consultations de nourrissons et des gouttes de lait. (*J. O.* 22 avril; rect. *J. O.* 13 mai) et décr. 18 juin 1946 (B. L. D. 1946, 471: *J. O.* 19 juin). V. 2 arr. 18 avril 1951, concernant les pouponnières et les crèches (B. L. D. 1951, 272 et 275; *J. O.* 1er mai). Pour les gouttes de lait: V. arr. 2 août 1949 (*J. O.* 19 août); pour les lactariums: V. arr. 9 août 1954 (B. L. D. 1954. 813; *J. O.* 27 août; rect. *J. O.* 10 septembre). V. décr. 13 août 1947 créant le diplôme d'Etat de puéricultrice (*J. O.* 20 août).

Art. L. 181. — Toute infraction aux dispositions de l'article L. 180 ci-dessus est punie de huit jours à un an d'emprisonnement et d'une amende de 6.000 à 36.000 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, le délinquant est passible d'un emprisonnement de onze jours à six mois et d'une amende de 45.000 à 300.000 francs.

Le tribunal peut, en outre, dans ce dernier cas, ordonner la fermeture de l'établissement ou prononcer l'interdiction d'exercer, soit à titre temporaire, soit à titre définitif.

CHAPITRE VI

Financement.

Art. L. 182. — Figurent notamment parmi les dépenses:

1° La rémunération des assistantes sociales dans la mesure où elles concourent à l'application des présentes dispositions et les frais nécessités pour la coordination des services sociaux;

2° (Décret 11 mai 1955) « les honoraires et les indemnités de déplacements dus aux médecins pour la visite des enfants, calculés d'après les tarifs établis en matière d'aide médicale »;

3° Les frais des examens médicaux imposés aux nourrices, aux gardiennes et aux personnes de leur entourage immédiat;

4° Les frais de fonctionnement et les dépenses courantes d'installation des centres de protection maternelle et infantile, tels qu'ils sont définis à l'article L. 149 ci-dessus, des consultations de nourrissons et des consultations prénatales ainsi que la charge financière des emprunts contractés pour couvrir leurs dépenses d'établissement;

5° Les dépenses des œuvres privées dans la mesure où leur activité supplée ou renforce l'action des pouvoirs publics sur l'application du présent titre;

6° Les récompenses pécuniaires aux nourrices et les primes d'assiduité;

7° Les imprimés du service et, notamment, les carnets de santé prévus à l'article L. 163 ci-dessus. (Décret 11 mai 1955) « Ces diverses dépenses sont inscrites au budget départemental et font l'objet d'une contribution de l'Etat, conformément aux dispositions des articles (décret 10 septembre 1956) « 190 et 191 du code de la famille et de l'aide sociale ».

Viennent en atténuation des dépenses indiquées au présent article, toutes recettes faites par l'Etat ou les départements, susceptibles de constituer des fonds de concours en vue de l'application du présent titre.

Art. L. 183. — Les recettes comprennent:

1° Les remboursements effectués par les organismes de sécurité ou de prévoyance sociale, en contrepartie de la surveillance exercée et des soins donnés au profit de leurs ressortissants.

La nature et l'importance de ces remboursements et des avantages particuliers concédés de ce fait aux caisses de sécurité sociale et aux caisses d'assurances sociales agricoles sont fixées par conventions passées avec les caisses intéressées en fonction du nombre des assurés sociaux du régime général et du régime agricole par rapport au chiffre global de la population de la circonscription de l'établissement;

2° Les versements effectués par les bénéficiaires eux-mêmes;

3° Les subventions, dons ou legs faits sans affectation spéciale.

Le taux maximum de la subvention de l'Etat aux départements est fixé à 25 p. 100 du montant des dépenses de premier établissement, d'agrandissement et d'aménagement des centres de protection maternelle et infantile visés à l'article L. 149 ci-dessus.

Les départements qui seront dans l'obligation de recourir à l'emprunt pour la création, l'agrandissement ou l'aménagement des centres de protection maternelle et infantile bénéficieront des facilités de crédit prévues par la législation en vigueur pour la construction des habitations à loyer modéré.

Le montant cumulé des subventions et des avances accordées en vertu du présent titre ne pourra dépasser 90 p. 100 du montant des dépenses.

Art. L. 184. — Le préfet, sur proposition du directeur départemental de la santé, arrête les prévisions de recettes et les dépenses du service et provoque l'inscription des crédits au budget départemental.

Art. L. 185. — Les dépenses énumérées à l'article L. 182 constituent pour les départements des dépenses obligatoires.

Si un département omet ou refuse d'inscrire au budget les crédits suffisants pour l'acquittement des dépenses obligatoires du service qui sont à sa charge, les crédits nécessaires sont inscrits d'office au budget soit ordinaire, soit extraordinaire, par un décret pris sur le rapport du ministre de l'intérieur et du ministre des finances.

Art. L. 186. — Le contrôle financier est effectué par le directeur départemental de la population et de l'entraide sociale.

CHAPITRE VII

Dispositions diverses.

Art. L. 187. — L'article 378 du code pénal relatif au secret professionnel est applicable à toute personne appelée à collaborer à la protection de la maternité et de la première enfance, notamment aux assistantes sociales et aux nourrices et gardiennes.

Art. L. 188. — Les préfets adressent chaque année au ministre de la santé publique et de la population un rapport sur le fonctionnement du service de la protection maternelle et infantile.

Le ministre de la santé publique et de la population publie tous les cinq ans au *Journal officiel* un rapport sur l'exécution du présent titre.

Art. L. 189. — Des décrets fixent les conditions d'application du présent titre, notamment en ce qui concerne la surveillance sanitaire des enfants fréquentant les écoles maternelles, après accord avec le ministre de l'éducation nationale.

ANNEXE II

I. — Taux de mortalité infantile par département.

(Pour 1.000 habitants.)

DÉPARTEMENTS	RÉSULTATS DÉFINITIFS 1956	RÉSULTATS DÉFINITIFS 1957	DÉPARTEMENTS	RÉSULTATS DÉFINITIFS 1956	RÉSULTATS DÉFINITIFS 1957	DÉPARTEMENTS	RÉSULTATS DÉFINITIFS 1956	RÉSULTATS DÉFINITIFS 1957
	P. 1.000.	P. 1.000.		P. 1.000.	P. 1.000.		P. 1.000.	P. 1.000.
Ain	32,6	25,5	Gers	33,5	28,1	Puy-de-Dôme	31,5	28,1
Aisne	36,3	33,8	Gironde	24,6	25,6	Pyrénées (Basses-)	29,8	28,9
Allier	29,4	27,3	Hérault	30,3	22,9	Pyrénées (Hautes-)	21,0	22,7
Alpes (Basses-)	24,6	38,5	Ille-et-Vilaine	35,0	33,1	Pyrénées-Orientales	44,8	32,5
Alpes (Hautes-)	21,3	21,4	Indre	26,9	37,9	Rhin (Bas-)	30,2	32,2
Alpes-Maritimes	17,5	20,3	Indre-et-Loire	25,3	24,1	Rhin (Haut-)	30,9	27,1
Ardèche	38,5	32,1	Isère	29,0	21,7	Rhône	27,0	25,1
Ardennes	34,1	34,8	Jura	26,9	29,8	Saône (Haute-)	38,9	30,5
Ariège	36,8	27,5	Landes	36,7	31,3	Saône-et-Loire	25,4	22,1
Aube	33,4	24,1	Loir-et-Cher	29,9	24,8	Sarthe	26,3	29,5
Aude	25,0	23,6	Loire	31,7	30,2	Savoie	30,8	27,7
Aveyron	30,6	27,8	Loire (Haute-)	31,5	26,6	Savoie (Haute-)	33,1	26,9
Bouches-du-Rhône	30,5	24,4	Loire-Atlantique	27,7	26,3	Seine	21,8	21,3
Calvados	29,7	30,4	Loiret	29,0	27,3	Seine-Maritime	31,7	29,5
Cantal	45,7	40,1	Lot	26,6	33,8	Seine-et-Marne	29,0	28,8
Charente	31,3	27,6	Lot-et-Garonne	25,3	27,4	Seine-et-Oise	24,2	22,9
Charente-Maritime	29.9	25,7	Lozère	46,3	36,5	Sèvre (Deux-)	31,9	30,1
Cher	31,3	29,1	Maine-et-Loire	28,0	26,0	Somme	45,6	37,7
Corrèze	33,1	28,4	Manche	33,6	30,8	Tarn	27,8	31,7
Corse	62,4	47,4	Marne	25,4	26,6	Tarn-et-Garonne	40,2	42,7
Côte-d'Or	23,2	20,8	Marne (Haute-)	25,5	27,7	Var	28,9	30,8
Côtes-du-Nord	37,7	33,4	Mayenne	32,7	29,7	Vaucluse	33,6	24,7
Creuse	32,4	27,5	Meurthe-et-Moselle	28,7	24,0	Vendée	23,8	20,6
Dordogne	27,8	30,8	Meuse	33,8	27,0	Vienne	26,5	29,5
Doubs	31,5	32,7	Morbihan	37,4	33,1	Vienne (Haute-)	23,1	19,7
Drôme	30,5	27,9	Moselle	40,8	38,7	Vosges	28,2	31,9
Eure	32,2	25,4	Nièvre	29,4	30,5	Yonne	30,0	35,4
Eure-et-Loir	29,8	28,5	Nord	46,2	40,7	Belfort (Territoire)	50,4	42,6
Finistère	32,4	27,4	Oise	38,0	37,8			
Gard	33,0	32,4	Orne	29,5	31,5	France entière	31,6	29,2
Garonne (Haute-)	29,6	28,6	Pas-de-Calais	54,9	46,2			

II. — Comparaison entre la natalité, la mortalité néo-natale et la mortalité post-néo-natale.

(Moyennes des années 1952-1953-1954-1955.)

Source: Institut national d'hygiène.

DÉPARTEMENTS	NATALITÉ (pour 1.000 habitants).	MORTALITÉ néo-natale 0-27 jours. P. 1.000.	MORTALITÉ post-néo-natale 28 jours à moins d'un an. P. 1.000.
Ain	15,4	16	18
Aisne	22,5	19	28
Allier	16,3	15	16
Alpes (Basses-)	14,2	14	16
Alpes (Hautes-)	16,7	15,5	19
Alpes-Maritimes	11,3	13	14
Ardèche	15	21	20
Ardennes	23,4	19	28
Ariège	14,1	17	12
Aube	20,2	17	19
Aude	14,9	10	13
Aveyron	15,9	18	17
Bouches-du-Rhône	16,3	13	16
Calvados	23,7	17	19
Cantal	18,6	24	20
Charente	19	21	17
Charente-Maritime	20,8	13	16
Cher	16	17	19
Corrèze	15,1	17,5	12
Corse	16,4	28	23
Côte-d'Or	19,8	12	15
Côtes-du-Nord	18,4	22	20
Creuse	13,4	21	19
Dordogne	15,6	18	15
Doubs	20,6	17	18
Drôme	17,5	16,5	14
Eure	21.5	15	23
Eure-et-Loir	20,6	18	18
Finistère	18,6	20	18
Gard	16,8	21	18
Garonne (Haute-)	16,3	16	18
Gers	16,1	17	12
Gironde	17,2	17	12
Hérault	15,7	17	15
Ille-et-Vilaine	20,2	20	22
Indre	18	15	17
Indre-et-Loire	20,3	14	12
Isère	16,4	15	15
Jura	18,2	17	17
Landes	15,7	20	16
Loir-et-Cher	18	15	18
Loire	18,3	16	21
Loire (Haute-)	15,3	23,5	20
Loire-Atlantique	21,4	17,5	16
Loiret	19.2	15	18
Lot	15,8	20	15
Lot-et-Garonne	17	14	13
Lezère	15,6	24	15
Maine-et-Loire	22,3	19	16
Manche	22,2	17	18
Marne	21,5	12	27
Marne (Haute-)	21,5	19	23
Mayenne	20,4	20	23
Meurthe-et-Moselle	22,6	17	22
Meuse	21,4	18	21
Morbihan	18,9	21	21
Moselle	22,7	18	26
Nièvre	17,2	17	19
Nord	22,1	18	33
Oise	21,1	17	23
Orne	21	17	18
Pas-de-Calais	24,5	21,5	40
Puy-de-Dôme	16,1	17	17
Pyrénées (Basses-)	17	18,5	14
Pyrénées (Hautes-)	16,6	15,5	13
Pyrénées-Orientales	14	21,5	18
Rhin (Bas-)	19,8	19	18
Rhin (Haut-)	19,4	16	17
Rhône	18,5	15	15
Saône (Haute-)	20	18	21
Saône-et-Loire	18,1	14	19
Sarthe	22,4	20,5	20
Savoie	18,9	18,5	16
Savoie (Haute-)	19,2	20	14
Seine	16,8	14	12
Seine-Maritime	22,7	18,5	28
Seine-et-Marne	18,1	15	20
Seine-et-Oise	16	11	17
Sèvres (Deux-)	20,8	19	13
Somme	21,5	20	32
Tarn	16,6	19	13
Tarn-et-Garonne	18	21,5	15
Var	15,2	18,5	12
Vaucluse	17,8	21	16
Vendée	21.1	18	13
Vienne	19,8	14	16
Vienne (Haute-)	15	13	11
Vosges	22,1	16	19
Yonne	17,4	15	19
Belfort (Territoire de)	23,2	17	32
France entière	18,8	17.2	20

III. — Evolution des subdivisions de la mortalité fœto-infantile.

(Bulletin de l'institut national d'hygiène, n° 4, octobre-décembre 1958.)

Taux pour 1.000 habitants (France entière).

ANNEES	MORTI-NATALITE	MORTALITE 0 à 6 jours.	MORTALITE néo-natale (1).	MORTALITE post-néo-natale (2).	MORTALITE fœto-infantile.
1901	45	»	51	93	183
1910	44	»	39	77	155
1920	40	»	39	60	134
1930	33	»	27	48	106
1936-1938	33	14	23	43	97
1940	31	»	28	63	120
1945	28	»	35	74	134
1950	25	13,4	20,4	27	71
1952-1955	23	12,3	17	20.5	60
1956	23	11,6	16	15	53,5
1957	23	11,2	15	14	51

(1) De 0 à 30 jours jusqu'à 1945 (inclus), de 0 à 27 jours ensuite.
(2) De 31 jours à moins d'un an jusqu'en 1945, de 28 jours à moins d'un an ensuite.

ANNEXE III

TABLEAU

Causes de mortalité infantile (1958).

CAUSES DE DÉCÈS	ANNÉE 1958								ANNÉE 1957
	De la naissance à 6 jours.	De 7 à 27 jours.	De 28 à 30 jours.	De 91 à 180 jours.	De 181 jours à moins d'un an.	Total.			Les deux sexes.
						Les deux sexes.	Garçons.	Filles.	
Tuberculose de l'appareil respiratoire	»	2	5	8	12	27	17	10	34
Tuberculose des méninges et du système nerveux central	»	»	5	10	35	50	26	24	75
Tuberculose, toutes autres formes	»	»	5	1	8	14	10	4	12
Syphilis congénitale	3	1	1	2	2	9	5	4	11
Fièvre typhoïde	»	»	1	»	»	1	»	1	»
Fièvres paratyphoïdes	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Septicémies	1	17	40	34	29	121	63	58	111
Diphtérie	»	»	1	1	»	2	1	1	6
Coqueluche	»	1	45	47	72	165	69	96	234
Méningite cérébrospinale et autres méningococcies	2	7	9	14	16	48	24	24	44
Tétanos	4	12	»	2	»	18	11	7	25
Poliomyélite	»	»	1	2	5	8	4	4	14
Encéphalite infectieuse aiguë	1	3	14	17	35	70	46	24	70
Rougeole	»	2	6	10	59	77	38	39	141
Grippe	2	28	56	82	128	296	174	122	569
Autres maladies infectieuses et parasitaires	5	11	9	13	17	55	33	22	118
Cancers et tumeurs (non compris les leucémies)	5	7	12	10	17	51	23	28	19
Leucémies	»	1	5	9	8	23	18	5	24
Lésions vasculaires cérébrales (non spécifiées d'origine obstétricale)	8	2	47	33	17	107	60	47	142
Méningite (non spécifiée méningococcique ou tuberculeuse)	29	60	72	94	131	386	239	147	393
Encéphalites (non spécifiées infectieuses aiguës)	18	23	67	85	202	395	225	170	361
Otite et mastoïdite	1	19	54	70	73	217	117	100	245
Autres maladies du système nerveux et organes des sens	4	2	11	12	39	68	40	28	207
Maladies de l'appareil circulatoire (non spécifiées congénitales)	14	12	27	35	49	137	70	67	116
Pneumonie, broncho-pneumonie (y compris la pneumonie du nouveau-né)	128	218	416	480	554	1.796	984	812	1.826
Autres maladies de l'appareil respiratoire (non compris la grippe)	28	37	115	145	194	519	279	240	486
Hernie (occlusion intestinale)	28	27	41	34	20	150	103	47	127
Gastrite, entérite (y compris la diarrhée du nouveau-né)	7	77	118	82	89	373	195	178	438
Autres maladies de l'appareil digestif	17	25	49	37	27	155	93	62	162
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire (754)	516	228	239	185	195	1.363	754	609	1.357
Autres malformations congénitales (750 à 753, 755 à 759)	673	336	256	122	132	1.519	850	669	1.523
Lésions obstétricales (760, 761)	1.598	274	11	5	»	1.888	1.150	738	1.983
Asphyxie, atélectasie post-natales (762)	458	45	26	21	16	566	324	242	576
Erythroblastose (770)	245	78	16	6	9	354	230	124	317
Maladie hémorragique du nouveau-né (771)	182	40	9	»	2	233	141	92	220
Toxicose infantile (*a*) (773 partie)	27	274	480	439	700	1.920	1.107	813	2.337
Débilité congénitale (sans mention prématurée) (*a*) (773 partie)	255	81	45	22	26	429	243	186	607
Prématuré (*a*) (774 à 776)	3.524	536	229	58	30	4.377	2.511	1.866	4.338
Autres maladies	313	212	238	195	192	1.150	692	458	1.379
Accidents et autres morts violentes	33	35	109	116	157	450	274	176	483
Causes mal définies ou non déclarées	615	277	513	447	448	2.300	1.290	1.010	2.462
Total (toutes causes)	8.744	3.010	3.403	2.985	3.745	21.887	12.533	9.354	23.595
Enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement de leur naissance à l'état civil (faux mort-nés)	3.796	»	»	»	»		3.796		3.948
Ensemble des décès d'enfants de moins d'un an et des faux mort-nés	12.540	3.010	3.403	2.985	3.745		28.683		27.543

N. B. — Les faux mort-nés sont les enfants qui bien qu'ayant vécu quelques minutes ou quelques heures, n'ont pas été déclarés à l'état civil. Le code civil, en effet, ouvre un délai de trois jours pour les déclarations de naissance.

Source : Bulletin mensuel de statistiques de mars 1959.

ANNEXE IV

RAPPORT DE LA COMMISSION DE L'EQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL DU TROISIEME PLAN

(Partie consacrée à la protection maternelle et infantile.)

Protection maternelle et infantile.

La protection maternelle et infantile englobe l'ensemble du dispositif mis en place pour lutter contre la mortalité maternelle, la morti-natalité et la mortalité infantile et protéger la santé des enfants du premier et du second âge.

Ainsi qu'on l'a relevé dans l'introduction du présent rapport, la protection maternelle et infantile constitue l'un des domaines où, à la suite, notamment, de l'ordonnance du 2 novembre 1945, un effort d'équipement très important a été accompli dans notre pays. Le résultat en est concrétisé dans le tableau J ci-joint, qui montre, de 1939 à 1955, l'évolution de la natalité; de la mortalité, de la morti-natalité, de la mortalité infantile, de la mortalité des enfants de 1 à 4 ans, enfin de la mortalité maternelle.

Ce tableau appelle un certain nombre d'observations:

1° Le progrès très remarquable qu'il établit devait se prolonger par la suite puisque notamment, en 1956, le taux de la mortalité infantile devait s'abaisser encore à 31,7 pour 1.000 naissances vivantes;

2° Si, dans certains domaines (et notamment celui de la mortalité maternelle) les chiffres indiqués nous donnent une des meilleures places dans le monde, le taux de la mortalité infantile de ces dernières années reste, en France, relativement médiocre et nous place loin derrière les pays scandinaves, la Suisse et même la Grande-Bretagne. Il est donc certain que des progrès importants peuvent encore être accomplis et la preuve en est que certains départements français accusent des taux comparables aux meilleurs taux mondiaux. Alors que la moyenne de la mortalité infantile était de 34 pour 1.000 naissances vivantes en 1955, les taux suivants étaient en effet relevés: Aude: 19; Haute-Vienne: 24; Seine: 24; Charente-Maritime: 24; Alpes-Maritimes: 25. Il semble que les trois éléments essentiels du progrès doivent être: l'amélioration de la qualité du lait, le perfectionnement des médecins et auxiliaires médicaux, l'équipement sanitaire enfin.

Celui-ci est mis en œuvre dans un ensemble législatif très complet dans lequel interviennent le certificat prénuptial, les examens médicaux de la future mère (et éventuellement du futur père) conditionnant les droits aux avantages de sécurité sociale et d'aide sociale, le carnet de santé de l'enfant, la surveillance des enfants placés au dehors du domicile familial, le contrôle des établissements d'accouchement, maisons maternelles, crèches, pouponnières, etc., enfin la participation des services de l'hygiène scolaire et universitaire.

L'organisation administrative et financière proprement dite de la protection maternelle et infantile est du type le plus classique, conçue dans le cadre du département, divisée en circonscriptions et en secteurs. Chaque circonscription comprend un centre de protection maternelle et infantile et autant de consultations de nourrissons et de consultations prénatales que nécessaire. Chaque centre de protection maternelle et infantile comporte des consultations prénatales et post-natales, ainsi que des consultations d'enfants du premier âge et du deuxième âge. Les dépenses constituent des dépenses obligatoires du département.

§ 1er. — CONSISTANCE DE L'ÉQUIPEMENT

L'équipement collaborant à la protection maternelle et infantile comprend, outre ces établissements de prévention, des établissements d'hébergement et des établissements destinés à améliorer l'alimentation des nourrissons. L'indication du nombre et (pour les établissements comportant hébergement) de la capacité de ces établissements, établie à la date de fin d'exécution du second plan est résumée dans le tableau K. Il est nécessaire, pour la compréhension de celui-ci, que chacun des types d'établissements soit définis de manière précise.

TABLEAU J

Tableau portant statistiques de 1939 à 1956 (natalité et mortalité).

	NATALITE pour 1.000 habitants.	MORTALITE générale pour 1.000 habitants.	GAIN de population pour 1.000 habitants.	MORTI-NATALITE pour 1.000 naissances au total.	MORTALITE infantile (enfants jusqu'à 1 an) pour 1.000 naissances vivant.	MORTALITE (enfants de 1 à 4 ans) pour 1.000 enfants d'âge correspondant.	MORTALITE maternelle pour 1.000 accouchements
1939	14,6	15,5	— 0,9	38	61	5,37	—
1940	13,5	18	— 4,5	31	92	7,61	1,78
1941	13,1	17	— 3,9	29	74	5,85	1,74
1942	14,5	16,6	— 2,1	26	71	5,60	1,62
1943	15,9	16	— 0,1	28	76	5,91	1,24
1944	16,3	17	— 0,7	28	77	6,93	1,58
1945	16,6	16,3	0,3	29	108	7,83	1,51
1946	20,6	13,3	7,3	29	67	5,01	1,16
1947	21	13,0	8	27	66	3,76	0,95
1948	20,8	12,2	8,6	25	51	2,93	0,90
1949	20,7	13,6	7,1	24	56	3,18	0,83
1950	20,2	12,6	7,6	25	47	2,44	0,82
1951	19,4	13,3	6,1	25	46	2,44	0,77
1952	19,2	12,2	7	24	41	2,48	0,75
1953	18,6	12,8	5,7	24	37	1,93	0,71
1954	18,8	12	6,8	23	36	1,83	0,65
1955	18,6	12,1	6,5	23	34	1,79	0,59

1° *Etablissements de préventions.*

a) Les consultations pré et post-natales:

Ces consultations fonctionnent en application de l'ordonnance du 2 novembre 1945, articles 148 et 159 du code de la santé publique aux termes desquels, toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations de toute nature versées par l'Etat, par les collectivités publiques, par les caisses de sécurité sociale, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale. Elle doit, en outre, dans des conditions fixées faire l'objet d'au moins trois examens au cours de sa grossesse et d'un post-natal dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Les examens prénataux dans les consultations collectives ne sont pas exclusivement réservés aux futures mères, les centres peuvent examiner les futurs pères et c'est ce qui se produit, notamment, dans quelques grandes villes.

b) Les consultations de nourrissons et d'enfants du premier âge:

Ce sont des consultations d'hygiène, de dépistage et d'éducation familiale.

c) Les consultations d'enfants du deuxième âge (jusqu'à cinq ans révolus):

Ces consultations remplissent le même rôle que les consultations de nourrissons pour les enfants plus âgés. Toutefois les examens d'enfants du deuxième âge doivent être plus approfondis et moins fréquents.

Ainsi qu'on l'a dit plus haut, le groupement dans un même immeuble de consultations pré et post-natales et des consultations de nourrissons constituent *le centre de protection maternelle et infantile*.

TABLEAU K

Etat de l'équipement sanitaire en matière de protection maternelle et infantile après achèvement du deuxième plan.

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE	CAPACITÉ
I. — *Etablissements de prévention.*		
1° Consultations pré et post-natales....	840	
2° Consultations de nourrissons et d'enfants du premier âge............	9.172	
3° Consultations d'enfants du deuxième âge	(1) 800	
II. — *Etablissements d'hébergement.*		
1° Pouponnières	174	5.867 berceaux.
2° Crèches	483	16.375 berceaux.
3° Garderies et jardins d'enfants.......	942	33.858 places.
III. — *Etablissements destinés à favoriser l'alimentation des nourrissons.*		
1° Lactariums	23	
2° Gouttes de lait......................	133	

(1) Chiffre indiqué pour mémoire, ces consultations fonctionnant généralement dans les locaux des consultations d'enfants du premier âge.

2° *Etablissements d'hébergement.*

a) Les pouponnières:

Ces établissements ont pour objet de garder jour et nuit des enfants de moins de trois ans accomplis qui, pour des raisons diverses, ne peuvent ni rester au sein de leur famille, ni bénéficier d'un placement familial. Les pouponnières, dont l'état a été dressé dans le tableau K, ne comportent pas celles du service de l'assistance à l'enfance, destinées aux pupilles et dont il sera fait mention dans le chapitre III à l'occasion du plan d'équipement social.

b) Les crèches:

Il s'agit d'établissements hébergeant de jeunes enfants dans la journée pendant les heures de travail de leurs mères. Ce sont, soit des crèches d'entreprises, instituées par les chefs d'entreprises au profit de leur personnel féminin, soit des crèches de quartier dues à l'initiative de municipalités ou de services sociaux. La tendance actuelle est d'encourager les secondes par rapport aux premières afin d'éviter les déplacements quotidiens des enfants du domicile au lieu de travail de la mère.

c) Les garderies et jardins d'enfants:

Les garderies et jardins d'enfants sont définis par le décret et l'arrêté du 12 août 1952. Ces établissements ont pour objet de garder pendant la journée des enfants bien portants des deux sexes de 3 à 6 ans et de leur donner les soins exigés par leur âge.

Les jardins d'enfants assurent, en outre, le développement des capacités physiques et mentales des enfants, par des exercices et des jeux. Ils peuvent recevoir des enfants à partir de l'âge de deux ans lorsque ceux-ci paraissent aptes à bénéficier des méthodes appliquées dans ces établissements.

Les chiffres figurant dans le tableau K doivent être majorés des garderies et jardins d'enfants des établissements scolaires publics et privés qui n'y ont pas été compris.

d) Les maisons d'enfants à caractère sanitaire:

Ces établissements ont été dotés d'un statut par un décret du 20 mai 1955. Ils reçoivent notamment des enfants diabétiques, certains enfants épileptiques, certains enfants atteints de cardiopathie. La plupart d'entre eux sont des établissements privés puisque 10 seulement sont gérés par des collectivités locales et 4 par des caisses de sécurité sociale.

3° *Etablissements destinés à favoriser l'alimentation des nourrissons lorsque ceux-ci ne peuvent être allaités par leur mère.*

a) Les lactariums:

Ce sont des organismes destinés à délivrer du lait de femme à certains nourrissons qui ne peuvent s'en passer sans risques mortels: prématurés, grands débiles, malades. Cette distribution ne peut, bien entendu, être faite aux nourrissons que sur présentation d'un certificat médical (les lactariums fonctionnent sous le régime de l'externat. Les donneuses de lait volontaires et choisies dans tous les milieux sociaux restent à leur foyer et la traite a lieu soit au centre, ce qui est exceptionnel, soit à domicile).

b) Les gouttes de lait:

Les gouttes de lait mettent à la disposition des mères un lait contrôlé au point de vue chimique et bactériologique, stérilisé et mis en biberons préparés et dosés selon prescription médicale.

Cette énumération laisse de côté deux catégories d'établissements qui collaborent à la protection maternelle et infantile, à savoir:

a) Les maisons maternelles dont il sera fait état au chapitre III (programme d'équipement social);

b) Les services de prématurés organisés au sein des établissements hospitaliers et qui ont été compris dans la première section du présent chapitre.

§ 2. — PROGRAMME PROPOSÉ.

Le programme retenu par la commission d'équipement sanitaire et social porte sur 502 opérations dont 423 créations d'établissements nouveaux et 79 opérations de transfert, aménagement ou modernisation. Il s'élève au total à 8.900 milliards de travaux. Il a été établi compte tenu des possibilités de réalisation telles qu'elles résultaient des propositions des collectivités responsables ainsi que des besoins ressortants des statistiques de natalité. Il implique un effort particulier sur la région parisienne en raison de l'importance des initiatives.

Le tableau L résume les propositions de la commission. Il justifie un certain nombre d'observations:

1° En ce qui concerne les établissements de prévention, chacune des 77 opérations proposées de centres de protection maternelle et infantile implique un ensemble de consultations pré et postnatales et de consultations de nourrissons. Les 72 nouvelles consultations de nourrissons mentionnées par la suite seront donc en réalité 249.

Dans les établissements de prévention, la commission a mis le centre international de l'enfance bénéficiaire d'une opération s'élevant à 10 millions.

2° En ce qui concerne les établissements d'hébergement, un effort particulier est prévu en faveur des pouponnières dont la multiplication est rendue nécessaire par l'extension du travail des jeunes femmes. Le total des nouveaux berceaux créés dans les pouponnières et les crèches est de 5.070.

TABLEAU L.

Protection maternelle et infantile.

(Programme proposé.)

CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS	NOMBRE total d'opérations.	DONT créations d'établissements nouveaux.	COUT (en millions).
I. — *Etablissements de préventions.*			
1° Centres de P. M. I........	102	79	1.451
2° Consultations de nourrissons	210	170	1.514
3° Centre international de l'enfance	1	»	10
II. — *Etablissements d'hébergement.*			
1° Pouponnières	14	9	560
2° Crèches	151	133	5.118
3° Garderies d'enfants........	28	28	651
4° Maisons d'enfants à caractère sanitaire...............	Non précisé.	Non précisé.	400
III. — *Etablissements destinés à favoriser l'alimentation des nourrissons.*			
1° Lactariums	2	2	30
2° Gouttes de lait............	Néant.	Néant.	Néant.
Total..................	509	421	9.734

Enfin la commission, quoique aucun projet précis ne lui ait été présenté, a mis en réserve un crédit de 400 millions au profit des maisons d'enfants à caractère sanitaire afin de permettre l'application du décret du 20 mai 1955.

3° En ce qui concerne la troisième catégorie d'établissements, enfin, la commission n'a pas prévu d'opérations intéressant les gouttes de lait, institutions qui ont rendu de très grands services mais dont l'utilité diminue du fait de la généralisation de la distribution de lait de bonne qualité.

La commission, en outre, après avoir relevé que le taux de subvention afférent aux crèches était de 50 p. 100 et que celui des consultations de protection maternelle et infantile était de 25 pour 100, a émis le vœu que ce dernier taux soit porté au même chiffre que celui des autres dispensaires. Elle estime également nécessaire qu'un taux de subvention soit fixé au profit des maisons d'enfants à caractère sanitaire, établissements qui n'existaient pas en 1935 mais qui sont expressément prévus par un décret du 20 mai 1955.

2° Avis formulé par le Conseil économique au cours de sa séance du 21 avril 1959 sur le problème de la protection maternelle et infantile.

Le Conseil économique,

Vu sa résolution en date du 12 novembre 1958 par laquelle il s'est saisi du problème de la protection maternelle et infantile.

Après avoir entendu le rapport présenté par M. Noddings, au nom de la commission des affaires sociales.

Constate :

L'efficacité incontestable de la politique systématique de protection maternelle et infantile, mise en œuvre depuis l'ordonnance du 2 novembre 1945,

Présente les observations suivantes :

I. — Les aspects médicaux

A. — *La période prénuptiale, prénatale et l'accouchement.*

L'examen prénuptial obligatoire a permis de déceler, avant le mariage, des maladies que les intéressés eux-mêmes ignoraient, et qui pouvaient avoir des conséquences sérieuses sur la santé du futur conjoint et la santé des enfants à naître,

La surveillance médicale prénatale a été effective dans l'immense majorité des cas. Les rares mères qui ne s'y soumettent pas, soit dans des consultations publiques créées à cet effet, soit chez un médecin praticien de leur choix, perdent le bénéfice des allocations prénatales et des prestations extra-légales. Mais cette surveillance n'est pas suffisamment orientée vers le dépistage des accouchements difficiles et les précautions à prendre pour en pallier les dangers. Le nombre des accidents d'origine obstétricale est encore trop élevé,

La mortalité maternelle à l'occasion de l'accouchement est cependant l'une des plus basses du monde. Elle est passée de 2,20 p. 1000 en 1936 à 0,51 p. 1000 en 1956, soit une diminution de 70 p. 100,

Le nombre des enfants qui naissent avant terme reste important et pratiquement constant. Il représente 7 p. 100 de toutes les naissances vivantes. La prématuration est la cause, de loin la plus fréquente, de la mortalité néo-natale (mortalité de 0 à 27 jours inclus).

B. — *La mortinatalité et la mortalité infantile.*

La surveillance médicale préventive des nourrissons s'est développée. Cette surveillance n'est pas suffisamment généralisée, particulièrement au cours du premier mois de la vie. Il n'existe d'ailleurs pas d'obligation à cet égard,

Le taux classique de mortalité infantile s'est abaissé très rapidement, passant de 108 p. 1.000 en 1945 à 27 p. 1.000 en 1958. La mortalité infantile atteignait avant la guerre le taux de 66,4 p. 1.000 (moyenne des années 1935/1937). Parallèlement, les mort-nés (enfants déclarés sans vie) ont représenté 22,2 p. 1.000 de toutes les naissances en 1957, contre 33,3 p. 1.000 en 1935/1937,

Cette évolution heureuse et rapide dans le domaine de la mortalité infantile ne s'est pas ralentie notablement au cours des toutes dernières années ; le taux de mortalité infantile s'est abaissé de 6 à 8 p. 100 par an, au cours des dernières années (1958/1957, 7,6 p. 100),

Près de la moitié de tous les décès enregistrés au cours de la première année de la vie interviennent, dans les circonstances actuelles, avant l'âge de sept jours,

Au-delà de cette date, et au cours de la première année, la cause de mort la plus importante est la toxicose. La lutte contre cette affection dépend, pour une très grande part, d'une organisation médico-sociale permettant à l'enfant de recevoir à temps des soins efficaces,

Des progrès importants peuvent encore être accomplis, puisque certains pays ont atteint avec 17 p. 1.000 des taux de mortalité infantile beaucoup plus faibles que le taux français,

Plusieurs régions de France ont des taux de mortalité infantile anormalement élevés. Ces taux seraient donc susceptibles d'être réduits rapidement (1). Au cours de 1958, des progrès importants ont été heureusement enregistrés.

(1) Un amendement présenté par le groupe de la C. F. T. C. et tendant à supprimer l'alinéa suivant : « En 1957 le département du Nord avait encore un taux de 41 p. 1000 et le département du Pas-de-Calais 46 p. 1000 », qui figurait au texte initial de la commission, a été adopté à main levée.

C. — *Les enfants âgés de un à trois ans et les enfants du second âge.*

La surveillance médicale préventive de ces enfants et surtout de ceux du second âge n'est assurée que très partiellement. Les services sociaux sont encore mal équipés pour aider efficacement les mères de ces enfants. Les consultations publiques, pour les enfants du second âge, sont peu nombreuses, surtout à la campagne, et l'intérêt d'examens périodiques n'a pas toujours été compris.

Cependant, de nombreux enfants (près de 1.500.000), âgés de 3 ans et plus, qui sont inscrits dans les écoles maternelles, sont surveillés régulièrement par les services de l'hygiène scolaire. D'autres enfants, moins nombreux il est vrai (35.000 environ au début de 1957), qui fréquentent les crèches, les garderies et les jardins d'enfants, organisés dans le cadre de la P. M. I., subissent périodiquement des examens médicaux.

Si les risques de décès par maladie diminuent pendant cette période de la vie, le problème du développement physique, psychologique et intellectuel de l'enfant prend alors un très grand intérêt,

L'insuffisance des soins, entre autres des soins maternels (1), compromet quelquefois le développement de certains de ces enfants.

Les accidents deviennent l'une des causes les plus importantes de la mortalité à cet âge.

II. — Les aspects sociaux

Les prescriptions de l'ordonnance de 1945 et les mesures qui ont suivi ont permis de résoudre plusieurs problèmes, notamment le renforcement de la surveillance des enfants particulièrement exposés aux risques de maladie et, en principe, celle de l'ensemble des nourrissons, l'institution du repos prénatal et du repos postnatal pour les femmes enceintes salariées.

Parallèlement, le développement d'une politique de compensation des charges familiales et la création d'un système de sécurité sociale pour les salariés, de systèmes mutualistes pour d'autres catégories sociales, ont amplifié l'efficacité de la P. M. I. Ces organismes ont pris largement part à l'action de P. M. I. définie par l'ordonnance de 1945.

Ils ont de plus multiplié les effets de la politique de P. M. I., en engageant des actions dans de nombreux domaines qui n'étaient pas expressément visés par l'ordonnance.

Ils ont servi, à l'occasion des examens médicaux obligatoires (période prénatale) ou des examens médicaux facultatifs, mais vivement conseillés (examens pratiqués dans les consultations publiques de nourrissons), des primes encourageant l'assiduité.

Les œuvres privées continuent de jouer un rôle important dans le fonctionnement de la P. M. I.

L'importante participation des femmes à la vie professionnelle, participation qui est l'une des plus élevées dans le monde, a développé des besoins nouveaux pour la garde des enfants en bas âge pendant la journée. Au cours des prochaines années, d'après les objectifs du III[e] Plan, le recours à la main-d'œuvre féminine devrait être considérablement accru (300.000 femmes en plus dans la production), alors que le nombre des jeunes filles exerçant une activité professionnelle se trouvera réduit par la prolongation spontanée de la scolarité. Toutefois, dans son avis du 3 février 1959 sur le III[e] Plan, le Conseil économique a considéré que « la situation de l'emploi ne justifie pas une politique de pression pour orienter les mères de famille vers le marché du travail » (2).

Le remplacement total de la mère auprès de son jeune enfant est extrêmement difficile à réaliser dans de bonnes conditions. D'après les résultats des enquêtes faites depuis la guerre, l'absence complète de soins maternels peut avoir dans certains cas des conséquences sérieuses sur le développement de l'enfant.

La création de maisons sanitaires de la mère et de l'enfant s'est révélée utile dans les cas nombreux où la séparation est douloureusement ressentie soit par la mère, soit par l'enfant.

(1) L'adjonction du membre de phrase : « entre autres, des soins maternels », résulte de l'adoption à main levée d'un amendement présenté par le groupe de l'U. N. A. F.

(2) L'adjonction de l'alinéa : « Toutefois, dans son avis du 3 février 1959 sur le III[e] Plan, le Conseil Economique a considéré que « la situation de l'emploi ne justifie pas une politique de pression pour orienter les mères de famille vers le marché du travail » résulte de l'adoption à main levée d'un amendement présenté par le groupe de l'U. N. A. F.

L'éducation sanitaire des mères est trop souvent insuffisante, comme l'ont montré de récentes enquêtes pratiquées dans des régions à forte mortalité infantile.

L'utilité des services que peuvent rendre les puéricultrices est évident, mais ce personnel est encore trop peu nombreux.

De nombreux grands ensembles résidentiels construits au cours des dernières années ne sont pas encore équipés sur le plan social (1).

La mortalité infantile et les risques de maladies sont d'autant plus grands que la famille dispose de ressources plus modestes, comme le montrent les enquêtes pratiquées dans tous les pays sur ce point.

III. — Les aspects administratifs et financiers

A. — *Sur le plan administratif.*

Un comité départemental de la P. M. I. assure la coordination des activités dans le département de la Seine et fonctionne à la satisfaction générale.

Les textes sur la coordination de tous les services sociaux n'ont été appliqués que dans un nombre trop restreint de départements.

Une coordination entre le service départemental de prévention des accidents et les services de P. M. I. serait extrêmement utile.

B. — *Sur le plan financier.*

Malgré la collaboration étroite des services de P. M. I. avec les organismes de sécurité sociale, d'allocations familiales, de mutualité sociale agricole, les œuvres privées, le fonctionnement de ces services de P. M. I. pose encore sur le plan pratique des problèmes financiers de remboursement aux divers organismes qui concourent, comme prévu par l'ordonnance de 1945, à la réalisation de la protection maternelle et infantile.

Les dépenses supplémentaires, supportées par l'Etat et les départements, qui seraient la conséquence de l'adoption des mesures proposées par le Conseil, ne sont pas facilement appréciables.

La réduction de moitié du dernier versement des allocations prénatales rendra plus difficile encore la vie de la famille au cours de cette période délicate qui suit immédiatement l'accouchement. Les prescriptions médicales sur le repos prénatal et post-natal ne pourront plus, dans certains cas, être intégralement observées.

Les moyens financiers des fonds d'action sanitaire et sociale et d'allocations familiales et de la mutualité sociale agricole, ont été récemment diminués. Ces fonds qui ont contribué très largement à la mise en œuvre d'une politique complète de protection des mères et des enfants, non limitée aux seuls actions prévues par l'ordonnance de 1945, seraient conduits à ralentir dès 1960 leurs activités en ces matières.

Le troisième plan de modernisation et d'équipement, dans le domaine sanitaire et social, prévoit que plus de la moitié des crédits inscrits au titre de la P. M. I. serviront à la création d'établissements d'hébergement des enfants (crèches, pouponnières),

Le développement de ces établissements est relativement lent, parce que les collectivités reculent souvent devant la lourde charge financière qu'impose leur fonctionnement dans de bonnes conditions,

La part de l'Etat dans les dépenses d'équipement est allée en s'accroissant depuis que l'équipement sanitaire et social figure parmi les investissements du plan,

L'action pour la protection des mères et des jeunes enfants n'est pas indépendante du niveau de vie familial.

Le Conseil économique, en vue de donner à la politique de protection maternelle et infantile, une efficacité plus grande,

Emet l'avis (2) :

I. — Sur le plan médical

A. — *Période prénuptiale, prénatale et accouchement.*

L'examen prénuptial est orienté vers la mise en évidence de la tuberculose et de la syphilis; il doit s'adapter aux conditions changeantes de la morbidité et aux notions nouvelles apportées par les progrès de la médecine. La recherche des incompatibilités sanguines (facteur Rhésus notamment) n'est pas utile au cours de l'examen prénuptial, car elle pourrait faire naître des craintes injustifiées. Elle rendrait par contre de très grands services à la fin de la première grossesse, étant donné que les incompatibilités sanguines représentent une cause encore trop fréquente de mortalité infantile,

La surveillance médicale des femmes enceintes doit être renforcée par l'institution d'un quatrième examen prénatal, qui se situerait au début du neuvième mois de la grossesse. Cet examen devrait être pratiqué par les médecins spécialement agréés à cet effet, parmi lesquels les femmes conserveront la liberté du choix,

Cet examen permettrait notamment, d'attirer l'attention des femmes dont l'accouchement s'annonce difficile, sur l'intérêt qu'il y aurait pour elles à accoucher dans des maternités bien équipées. Le risque de décès d'un enfant à la naissance ou d'infirmités permanentes chez les nouveaux-nés, s'en trouverait réduit, puisque toutes les précautions nécessaires pourraient être prises préventivement, sans obligation d'aucune sorte d'ailleurs pour la femme enceinte,

Il conviendrait de développer l'usage des méthodes psychoprophylactiques qui facilitent les conditions de l'accouchement.

B. — *La protection des enfants de moins d'un an.*

Plus de la moitié des décès de nourrissons intervient au cours du premier mois de la vie. Une visite d'assistante sociale à domicile, dans les jours qui suivent soit la naissance, soit le retour de la mère et de l'enfant dans le foyer, doit être rendue obligatoire,

Pour les enfants qui naissent fragiles, les enfants prématurés notamment, l'action des services médicaux spécialisés doit encore être élargie et systématisée, comme cela se passe dans les grands centres urbains,

Au cours de la première année quatre examens médicaux préventifs de l'enfant doivent être rendus obligatoires; des mesures d'information devraient, en outre, être prises pour faire connaître aux mères les dangers inhérents à cette période de la vie et les précautions à prendre pour les éviter,

Des efforts particuliers dans la lutte contre les causes de mortalité infantile sont nécessaires dans les régions de France où cette mortalité est encore relativement forte. L'équipement de la protection maternelle et infantile dans ces régions devrait y être renforcé, ainsi que dans les régions en essor démographique.

C. — *Les enfants de plus d'un an et les enfants du second âge.*

Ces enfants doivent subir un examen médical au moins deux fois par an, jusqu'à l'âge scolaire, sauf s'ils fréquentent les écoles maternelles ou les jardins d'enfants, où ils sont médicalement surveillés,

Il faut souhaiter que des services spécialisés soient organisés pour suivre le développement caractériel et mental de certains enfants, comme cela se fait déjà dans le département de la Seine,

Il faudrait étendre l'action des établissements de soins ou de repos qui reçoivent la mère et l'enfant;

Des mesures devraient être prises et une action d'information engagée pour réduire les risques de mortalité des enfants par accident, en liaison avec le service départemental de prévention des accidents et avec tous organismes et institutions susceptibles d'y apporter leur concours.

II. — Sur le plan social

Le repos prénatal devrait être rendu obligatoire dans tous les cas, pendant une période s'étendant six semaines avant l'accouchement et huit semaines après. Des compensations financières suffisantes pour que cette obligation devienne effective, sont à rechercher;

L'action sociale extra-légale des caisses d'allocations familiales, de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole doit se poursuivre sans ralentissement.

Des mesures doivent être prises pour que les enfants du premier et du second âge reçoivent le plus souvent possible des soins maternels. Le remplacement permanent de la mère auprès de ses enfants peut avoir quelquefois des conséquences graves sur leur développement.

Cependant, pour répondre à des besoins nés du développement de l'activité professionnelle des mères de famille et, dans certains cas, de l'insuffisance de leurs ressources, les crèches doivent être développées, conformément aux indications du plan, et malgré les problèmes qu'une telle extension va poser

(1) L'adjonction de ce paragraphe résulte de l'adoption à main levée d'un amendement présenté par le groupe de l'U. N. A. F.

(2) Ce vote a été acquis au scrutin public par 142 voix et 1 abstention (voir résultat du scrutin en annexe).

notamment sur le plan financier (1), étant entendu que l'aide aux mères de famille salariées ne doit pas avoir comme résultat pratique de sacrifier la mère de famille et l'enfant à la production (2).

L'éducation sanitaire, familiale et ménagère des jeunes filles doit être réellement généralisée en faisant appel aux personnes compétentes.

Des formes nouvelles d'aide aux mères (haltes-garderies, maisons sanitaires, auxiliaires familiales, etc.), qui sont apparues au cours des dernières années, devraient recevoir une aide qui leur permette de faire face aux besoins grandissants qui s'expriment. Les centres sociaux doivent notamment y répondre par leur équipement.

De nombreux établissements doivent être créés, pour former des spécialistes de puériculture.

Il ne doit y avoir aucun décalage dans le temps entre la construction et l'occupation par les familles des grands ensembles résidentiels et l'installation d'un équipement social général. Le même effort doit être accompli dans les quartiers anciens des villes dont l'équipement ne répondrait pas aux besoins actuels (3).

III. — Sur le plan administratif et financier

A. — *Sur le plan administratif.*

La coordination des services et organismes qui concourent à la protection maternelle et infantile devra être étendue aussi largement que possible à l'ensemble des départements en commençant par ceux dont la population est la plus dense et par ceux où le taux de mortalité infantile reste anormalement élevé.

Les textes sur la coordination des services sociaux doivent être appliqués dans tous les départements.

Les services départementaux de P. M. I. devraient aborder le problème des risques d'accidents en étroite collaboration avec le service départemental de la prévention des accidents.

B — *Sur le plan financier.*

La gestion et le financement de la protection maternelle et infantile doivent permettre aux termes de l'ordonnance de 1945, l'évaluation à leur coût réel des dépenses engagées par les organismes et les œuvres qui lui apportent leur concours, et leur payement à des taux correspondant à ce coût.

Les moyens financiers des fonds d'action sanitaire et sociale des différents régimes de sécurité sociale et de prestations familiales doivent être augmentés. Si, pour des raisons financières, des mesures nouvelles à cet égard ne pouvaient être prises, il en résulterait fatalement un supplément de charges pour l'Etat et les collectivités locales. L'abandon partiel ou total de certaines actions extra-légales en faveur de la mère et de l'enfant est en effet inconcevable dans les circonstances actuelles.

Les examens médicaux supplémentaires qui seraient rendus obligatoires conformément à l'avis du Conseil économique, entraîneraient pour l'Etat des dépenses relativement modestes, étant donné l'équipement actuel des services de la P. M. I. Par contre, pour les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales, ces examens représenteraient des charges additionnelles non négligeables.

Les allocations prénatales doivent être portées à un niveau suffisant et les diverses primes attachées à l'accomplissement des prescriptions de la législation sur la protection maternelle et infantile être rétablies et revalorisées.

L'exécution du troisième plan de modernisation et d'équipement en matière de P. M. I., plan dont les objectifs restent très modestes, entraînera pour l'Etat et les collectivités locales des responsabilités financières nouvelles pour que soit assuré, dans de bonnes conditions, le fonctionnement des crèches.

Enfin, l'amélioration du niveau de vie des familles nécessite l'augmentation de leurs ressources, le maintien et l'amélioration des prestations sociales; cela contribuera certainement au bien-être des mères et des enfants en bas âge. La politique familiale donne aux familles les moyens de respecter convenablement les prescriptions de la P. M. I. (1).

---

(1) Un amendement présenté par le groupe de l'U. N. A. F. et tendant à remplacer le texte initial de la commission: « cependant, pour répondre à des besoins nés du développement de l'activité professionnelle des mères de famille et, dans certains cas, de l'insuffisance de leurs ressources, les crèches doivent être développées, conformément aux indications du plan, et malgré les problèmes qu'une telle extension va poser notamment sur le plan financier, » par le texte suivant:

« Cependant, pour répondre à des besoins croissants de main-d'œuvre, le plan fait appel au développement de l'activité professionnelle des mères de famille, dû aussi, dans certains cas, à l'insuffisance de leurs ressources, et préconise pour cela l'extension des crèches, ce qui pose de lourds problèmes sur le plan financier. Pour répondre à ces besoins, les établissements d'hébergement des enfants devraient être développés.

« Des mesures doivent être prises pour éviter que des « carences affectives » ne provoquent chez les enfants dont la mère travaille professionnellement, des perturbations diverses d'ordre intellectuel et caractériel bien mises en lumière par les travaux les plus récents en matière de psychologie et de psychiatrie enfantines;

Le placement de l'enfant en pouponnière doit être proscrit sauf dans des cas bien délimités et pour des raisons médicales ou sociales impératives;

« Le fonctionnement des crèches doit donner aux mères de famille des garanties suffisantes, conformément aux recommandations formulées en cours du cycle d'études européen sur les crèches, garderies et jardins d'enfants, organisé à Sèvres en 1956;

« Pour le développement affectif de l'enfant, le placement à la journée chez des nourrices agréées, est de nature à éviter les inconvénients que présentent nécessairement à cet égard les établissements collectifs »,

a été rejeté à main levée.

(2) L'adjonction du membre de phrase: « étant entendu que l'aide aux mères de famille salariées ne doit pas avoir comme résultat pratique de sacrifier la mère de famille et l'enfant à la production » résulte de l'adoption à main levée d'un amendement présenté par le groupe de la C. F. T. C.

(3) L'adjonction de ce paragraphe résulte de l'adoption à main levée d'un amendement présenté par le groupe de l'U. N. A. F.

(1) Un amendement présenté par le groupe de la C. G. T. et tendant à remplacer le texte initial de la commission par ce paragraphe a été adopté à main levée. Le texte initial de la commission était le suivant: « enfin, l'augmentation des ressources familiales contribue certainement au bien-être des mères et des enfants en bas âge. La politique familiale donne aux familles les moyens de respecter convenablement les prescriptions de la P. M. I. ».

ANNEXE

SCRUTIN

sur l'ensemble du projet d'avis.

Nombre de votants	143
Ont voté pour	142
S'est abstenu	1

Le Conseil économique a adopté.

Ont voté pour (142).

Groupe des travailleurs:

C. G. T. — MM. Bouchaud, Brard, Duret, Fürst, Mme Joannès, MM. Laudet, Le Brun, Leroy (André), Marion, Monjauvis, Paul, Racamond, Subreville.

C. F. T. C. — MM. Bouladoux, Braun, Chaulet, Charuau, Descamps, Espéret, Levard, Liénart, Mayoud, Quirin, Mlle Tribolati, MM. Vandenbussche, Vansieleghem.

C. G. T.-F. O. — MM. Babau, Beyaert, Bomal, Bothereau, Charlot, Cucuel, Degris, Delamarre, Goudy, Lafond, Neumeyer, Peeters.

C. G. C. — MM. Gondouin, Hervouet, Le Ferme, Malterre.

Travailleurs intellectuels. — M. Wolff.

Groupe de l'artisanat. — MM. Bouliand, Chareille, Chopin, Colomer, Dallant, Ressicaud, Séné.

Groupe de l'agriculture. — MM. d'Andlau, Bidau, Bohuon, Blaise (F. O.), Bonjean, Bouchard, Carroué (C. G. T.), Chatras, Chauvin, Chégut, Collet, Deleau (Jean), Desbarats, du Douet de Graville, Ferré, Forget, Génin, Guellati, Guy-Charon, Hadengue, Haniquaut (C. F. T. C.), Havard, Lacaille, Lepicard, Lequertier, Milhau, Nové-Josserand, Prault, Robin, Rousse, Tardy, Uchard, Van Graeschepe.

Groupe des entreprises privées:

Industrielles. — MM. Auberger, Cagniard, Charvet, Defond, Desse, Dumont, Garnier, Gingembre, Kruger, Mayolle, Meunier, Pisson, Rogliano, Trocmé.

Commerciales. — MM. Ansieau, Barlangue, Chauchard, Deleau (Gustave), Demmerlé, Goudaert, Laguionie, Lemaire-Audoire, Paquette, Stoll.

Groupe des entreprises nationalisées. — MM. Bour, Le Hénaff, Verret.

Groupe des coopératives. — MM. Antoni, Benoist, Harasse, de Laulanié, Martin, Schatz, Viaux-Cambuzat.

Groupe de l'Union française. — MM. Bicheron (C. G. C.), Coulibaly (F. O.), Delavignette, Lawrence, Pongault (C. F. T. C.), Diallo (C. G. T.-U. G. T. A. N.).

Groupe de la pensée française. — MM. Branger, Byé, Dumontier, May, Philip, Sauvy, Soula.

Groupe des associations familiales. — MM. Dary, Leroy (Louis), de Loynes, Mabit, Noddings, Mme Picard, M. Vinot.

Groupe des activités diverses. — M. Montfajon.

Groupe des classes moyennes. — M. Millot.

Groupe des sinistrés. — MM. Aroud, Barat.

Groupe de l'habitat. — M. Robert.

S'est abstenu (1)

Groupe de l'artisanat. — M. Lecœur.

ETUDE DES TABLEAUX D'ECHANGES INTER-SECTEURS

Question dont le Conseil économique a été saisi par la loi du 20 mars 1951 (Art. 4, alinéa 3).

1° Rapport présenté au nom du Conseil économique par M. A. Sauvy.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.

PREMIÈRE PARTIE. — ORIGINE DES RECHERCHES ET HISTORIQUE.

DEUXIÈME PARTIE — LES TRAVAUX FRANÇAIS.

1. — Description du travail français.
2. — Groupes d'entreprises et branches homogènes.
3. — Les trois parties du tableau.
4. — Le tableau carré.
5. — Les deux bandes complémentaires.
6. — La bande inférieure: les disponibilités.
7. — La bande de droite: utilisations.
8. — Relations du tableau français avec les comptes de la nation et les agrégats du revenu national.
9. — Méthode d'établissement du tableau.
10. — La première étape: le tableau d'échanges entre les groupes d'entreprises.
11. — La deuxième étape: l'établissement du tableau des échanges inter-branches.
12. — Progrès nécessaires

TROISIÈME PARTIE. — UTILISATION DES TRAVAUX D'ÉCHANGES.

1. — Etude de la cohérence des données statistiques.
2. — Description de l'activité des diverses branches de l'économie.
3. — La prévision économique.
4. — Le calcul des coefficients techniques et son utilisation.
5. — L'inversion de la matrice.
6. — Rapports avec le régime économique.
7. — La prévision de la production à moyen terme.
8. — Prévision de la demande.
   a) Répartition des dépenses suivant le revenu.
   b) Comparaison avec les pays étrangers.
   c) Enquête directe sur les besoins.
9. — Prévision générale à moyen terme.
10. — Les aléas.
   a) Inégalité des récoltes et de la production d'énergie électrique.
   b) Découverte scientifique ou technique.
   c) Influences extérieures.
   d) Politique économique.
11. — Emploi et population active.
12 — Conclusion.

INTRODUCTION

Objet de l'étude.

La loi du 20 mars 1951 relative à la composition et au fonctionnement du Conseil économique a chargé le Conseil économique de suivre les travaux effectués dans notre pays dans le domaine du revenu national et de la comptabilité nationale, et de donner son avis sur ces travaux.

Le Conseil économique s'est acquitté de cette mission en présentant aux pouvoirs publics de nombreux rapports tant sur les méthodes d'établissement des comptes de la nation, que sur la valeur des estimations du revenu national, qui lui étaient présentées.

Mais jusqu'à maintenant, le Conseil n'avait étudié que la comptabilité nationale classique et les agrégats traditionnels du revenu national. Il n'avait pas encore présenté de rapport sur un domaine particulier et encore très neuf des recherches sur la comptabilité nationale: les travaux sur les tableaux d'échanges interindustriels.

Seul un document de travail avait été établi à l'intention de la commission sur cette question le 15 septembre 1954 accompagné de deux annexes, l'une sur la laine, l'autre sur les combustibles solides.

Le présent rapport a pour objet de faire le point sur la question.

Des termes propres.

Il faut, tout d'abord, faire une remarque de terminologie. Dans bien des domaines, les Français adoptent servilement des mots anglo-saxons; il s'agit soit de mots franchement étrangers, soit de mots français, mais employés dans un sens différent de celui qu'ils ont dans notre langue (les interprètes les appellent les « faux amis »). Il s'ensuit une confusion, contre laquelle chacun doit lutter, du moins dans son domaine.

L'expression « échanges inter-industriels » calquée de l'anglais « interindustries » est impropre. le mot français « industrie », qui désignait initialement toute profession, ou plus exactement tout métier, a été peu à peu affecté à un genre d'activités bien déterminées. A la rigueur, on pourrait passer outre, et, revenant au sens archaïque, admettre que l'agriculture est une industrie, tout comme le commerce ou le métier de professeur de lycée. Mais cette extension est inadmissible pour des groupes non professionnels, pour le secteur « étranger », pour les ménages, etc. Peut-être demain la comptabilité s'étendra-t-elle à d'autres catégories, à l'ensemble des personnes âgées, des enfants, etc. Le mot « industrie » sera de plus en plus inadéquat.

L'économie est divisée en morceaux, d'une façon ou d'une autre et l'on étudie ce que chaque morceau transmet à chaque autre. D'autres découpages que l'actuel peuvent être proposés. C'est pourquoi nous préférons le mot général « secteurs » et parlerons de la comptabilité « intersecteurs ».

Le fait que le mot « secteur » soit employé actuellement par le S. E. E. F. dans un sens un peu plus restreint (voir plus loin) ne doit pas nous arrêter. Tout d'abord, on pourrait lui substituer une autre dénomination, telle que groupes d'entreprises. D'autre part, la dualité de sens, large et restreint, ne présente guère d'inconvénients dans la pratique.

Importance de cette présentation.

Les tableaux d'échanges intersecteurs constituent, à l'heure actuelle, un élément essentiel de tout système de comptabilité nationale, car seuls ils permettent une analyse détaillée et cohérente des diverses activités productives de la nation.

Ces tableaux étant appelés à prendre une place essentielle dans la connaissance de la vie économique, la commission de la conjoncture économique et du revenu national a estimé nécessaire, avant de se séparer, de présenter un rapport sur cette question pour compléter l'ensemble de ses travaux sur la comptabilité nationale.

Nous reviendrons d'ailleurs, en troisième partie, sur les utilisations.

Après un bref historique, le présent rapport décrit les travaux français en cours d'élaboration dans ce domaine, au S. E. E. F. du ministère des finances. Il montre ensuite quelques applications pratiques dès maintenant réalisées ou possibles et suggère les grandes possibilités futures.

PREMIERE PARTIE

ORIGINE DES RECHERCHES ET HISTORIQUE

Cette méthode trouve comme tant d'autres, son origine dans le tableau économique de François Quesnay. Sans doute, le tableau en zig-zag n'avait-il pas la forme du tableau carré; mais il pouvait aisément y conduire. Il ne s'agissait cependant que d'un schéma théorique, sans application statistique.

Du reste, au lieu de se développer, la méthode disparut à l'avènement du libéralisme, si bien que c'est seulement peu avant la guerre de 1939 qu'un économiste américain, W Leontief, d'origine russe, eut sa géniale intuition.

Il paraît qu'un économiste soviétique aurait eu antérieurement la même idée, mais les informations précises manquent à ce sujet.

La notion générale de *tableau à double entrée* est, depuis longtemps, entrée dans la pratique.

Par exemple, les migrations de chacun des 90 départements vers chacun des 89 autres rappellent assez nettement les échanges entre secteurs économiques. On pourrait aussi faire un tableau à double entrée des échanges entre classes sociales.

Poussant les choses à l'absurde, un dilettante pourrait s'amuser à calculer ce que tous les individus dont le nom commence par un A achètent à ceux dont le nom commence par un B, ou par un C.

L'idée générale de Léontief est d'isoler des secteurs relativement homogènes, et de faire ainsi tenir dans un tableau structurel, les milliards d'opérations entreprises dans une année, qui défient l'analyse, la description, la compréhension. Il y a là évidemment une abstraction, mais c'est une abstraction que l'évolution générale et, en particulier, l'organisation professionnelle rendent de plus en plus nécessaire.

W. Léontief a du être inspiré par les problèmes qui se sont posés pendant le New Deal de Roosevelt. La notion de branche commençait à apparaître sérieusement dans une économie jusque là individualiste.

Les deux documents de base sont constitués par l'article « Quantitative imput and output relations in the Economic system of the United States » (publié dans *Review of Economic Statistics*, 1936) et par l'ouvrage: *The structure of the American Economy*: 1919-1929 (1941).

Un peu avant la guerre, avec la grande crise et les essais de politique anticrise, se sont posés en France un certain nombre de problèmes, tels que le suivant: si le prix du charbon augmente de 20 p. 100, de combien augmentera le prix des vêtements, du cinéma, des casseroles, etc., en admettant que cette hausse soit intégralement répercutée de proche en proche. On parvenait aisément à calculer la répercussion directe, mais les incidences de cascade en cascade posèrent un problème terrible: des centaines ou des milliers d'équations étaient posées, qui, pour n'être que du premier degré exigent des mois ou des années de calcul. La machine électronique devait résoudre plus tard cette difficulté, en apparence insurmontable.

Nous avons donc un bel exemple d'un progrès purement technique, venant à l'aide d'une innovation purement intellectuelle.

Les premiers travaux pratiques, en ce domaine, ont été effectués eux aussi, par Léontief, chargé par le *National Bureau of Economic Research* de construire un tableau d'étude. Le système établi à cette occasion a été utilisé pour décrire l'activité économique de l'année 1939 et celle de l'année 1947. Le tableau pour 1939, assez sommaire, ne distinguait que 42 secteurs. Celui qui a été établi pour 1947 était beaucoup plus complet, puisque l'économie américaine y était divisée en 500 secteurs; la matrice 1947 a été terminée en avril 1951.

Ces tableaux ont été, en particulier, utilisés à la préparation du plan de réarmement qui a suivi la guerre de Corée. L'argument, devenu classique, s'exprimait ainsi: « Combien de crayons faut-il pour construire un char de combat ? » Il ne s'agissait pas seulement des crayons utilisés par les dessinateurs, mais de tous ceux qui peuvent servir indirectement, c'est-à-dire chez les fournisseurs, les fournisseurs des fournisseurs, etc.

Parmi ceux qui ont travaillé la question aux Etats-Unis, il faut citer particulièrement le Bureau of Labor Statistics et D. Evans.

La méthode innovatrice eut un grand retentissement chez les économistes et aussi chez certains praticiens. Les pays européens à mesure que leur documentation statistique se perfectionnait, se sont efforcés de suivre cet exemple, de telle sorte que la plupart des pays d'Europe occidentale ont établi, ou projettent de le faire, des tableaux d'échanges intersecteurs.

L'O. E. C. E. a publié récemment la liste des pays qui ont déjà établi des tableaux: Belgique, Danemark, France, Italie, Norvège, Pays-Bas et Royaume-Uni.

Les travaux semblent avoir été poussés, en particulier, en Italie et en Hollande. En Italie, il fut un moment question d'utiliser la méthode au développement du Mezziogiorno. Mais la base statistique s'avéra trop fragile.

A l'échelon international, des travaux ont été également effectués; c'est ainsi que l'O. E. C. E. a publié, en 1958, une étude de V. E. S. Karschen intitulée: *La structure de l'économie européenne en* 1953, essai d'établissement d'un tableau des relations interindustrielles des pays membres de l'O. E. C. E.

Ce tableau à l'échelle européenne n'est évidemment qu'un premier essai, car la documentation statistique de base reste encore insuffisante. Il n'en témoigne pas moins l'intérêt que les organisations internationales portent elles aussi à cette forme nouvelle de description et de compréhension de l'activité économique.

La méthode Léontief est en outre en cours d'étude en U. R. S. S. et en Chine populaire, aux fins de planification.

Signalons enfin, dans le cadre régional, une intéressante tentative de M. Bauchet, qui a établi une matrice pour la Lorraine.

DEUXIEME PARTIE

LES TRAVAUX FRANÇAIS

1. *Description du travail français.*

Le premier document, qui se rapprochait des tableaux d'échanges intersecteurs américains, a été établi en France vers les années 1953-54 pour l'année 1951. C'est ce travail qui a donné lieu à la publication, en 1957, du *tableau économique de l'année* 1951 (1).

Ce tableau représentait le premier effort dans notre pays pour analyser le processus interne de production. La méthode employée n'était pas exactement celle de Léontief.

2. *Groupes d'entreprises et branches homogènes.*

Celui-ci analyse, en effet, la production par « *branches* », chaque branche étant constituée par les établissements qui se livrent à des activités de même nature, par exemple production d'acier ou production de meubles. Les « branches » distinguées par Léontief sont homogènes et comprennent des unités de production qui fabriquent exactement le même produit ou le même groupe de produits.

Si une même entreprise produit de l'acier brut, en vend une partie et fait avec le reste des pièces mécaniques, elle devrait, en bonne règle, être divisée en deux unités de production appartenant l'une à la branche sidérurgique, l'autre à la branche « mécanique ».

Mais cette division à l'intérieur d'une entreprise n'est pas toujours aisée. Nous retrouvons là une difficulté bien connue qui se pose déjà pour les simples statistiques de production, parfois aussi pour la fiscalité (T. V. A. à plusieurs tarifs) pour les syndicats professionnels, etc.

Nous sommes ici devant l'opposition si fréquente entre le juridique et l'économique. Le capitalisme individuel part d'une notion juridique, l'entreprise. Déjà à ce stade initial, le groupe d'entreprises est une abstraction. A plus forte raison s'affirme le caractère abstrait d'un ensemble de morceaux d'entreprises. Et c'est cependant là que se trouve la réalité économique (macroéconomique dans le langage des économistes).

Toujours est-il que, faute de pouvoir procéder à cette dichotomie, le S. E. E. F. a été obligé, pour la matrice 1951, de grouper des entreprises, en rattachant chacune d'elles à son activité principale. Les groupes ainsi constitués ont été appelés « secteurs ». Il vaudrait mieux les appeler « groupes d'entreprises », quitte à abréger dans la pratique, cette expression un peu lourde.

Les « branches » ne sont pas elles-mêmes d'une parfaite homogénéité, surtout dans le tableau français, limité à 64 branches. La branche « textile », par exemple, élabore des tissus de laine, de coton, des toiles de sacs, etc. Mais, tout au moins n'y a-t-il entre les branches aucun chevauchement. Si la division a été bien faite, aucun produit d'une branche n'est élaboré par une autre.

La division en « groupes d'entreprises » (appelés « secteurs » par le S. E. E. F.) est bien moins utile que celle par branches homogènes, c'est un pis aller provisoire. Cependant cette méthode fournit déjà d'utiles recoupements statistiques et permet de mieux analyser les réactions des entreprises, lesquelles sont les centres de décision de la vie économique.

Une fois établi ce premier tableau par groupes d'entreprises (secteurs), il a été possible d'en concevoir un second, fondé cette fois sur la répartition de l'économie en branches isolées, sans chevauchement.

C'est ce tableau en cours d'établissement que nous allons maintenant étudier.

3. *Les trois parties du tableau.*

Le tableau des ressources et emplois de biens et services actuellement en cours d'étude se divise en trois éléments essentiels sur le plan matériel, comme sur celui de l'analyse économique:

1° *Un tableau carré*, dans la partie supérieure gauche du grand tableau, qui décrit les échanges entre les différentes branches de l'économie; il pourrait lui, à la rigueur, être appelé « tableau des échanges interindustriels ». Nous l'appellerons dorénavant « tableau carré ».

2° Une bande horizontale, sous le tableau carré, qui détermine les disponibilités totales de chaque produit intéressé;

(1) V. Ministère des finances et des affaires économiques, tableau économique de l'année 1951. Imprimerie nationale, Paris, 1957.

3° Une bande verticale, à droite du tableau carré, qui décrit l'emploi final de chaque produit (ou groupe de produits) correspondant à une branche.

Voyons ces trois parties :

1. Le tableau carré.

Cette partie du grand tableau indique, en valeurs, ce que chaque branche achète à chaque autre branche.

Les groupes de produits sont plus ou moins importants. Dans le domaine de l'agriculture, faute de renseignements de base détaillés, la nomenclature se limite à distinguer une branche « produits de l'agriculture » et une branche « produits des industries agricoles et alimentaires ».

Mais, plus ces industries se multiplieront, plus il sera nécessaire de diviser en plusieurs, la branche « agriculture ».

Les matières premières, elles, sont divisées en plusieurs branches : minerai de fer, produits sidérurgiques, produits chimiques minéraux, produits chimiques organiques. Cette distinction est vraiment nécessaire.

Les industries de transformation sont également ventilées en plusieurs branches : produits de la première transformation de l'acier, machines et appareils mécaniques, machines et appareils électriques, automobiles et cycles, construction navale, etc.

Dans le domaine des services, de telles distinctions n'ont pu être établies, car on a bien peu de renseignements statistiques sur les achats des prestataires de services aux autres branches de l'économie, comme sur leurs ventes à ces branches. Une distinction fondamentale approximative, a cependant été établie entre les services rendus dans la majorité des cas à des entreprises et les services plus spécialement rendus aux particuliers.

Une branche spéciale a été prévue pour les loyers et fermages.

Au total 64 branches ont été distinguées. Leur liste est donnée en annexe.

Dans le tableau carré, chaque branche fait l'objet d'une ligne et d'une colonne. Si nous suivons une colonne, nous y trouvons les achats de la branche intéressée aux autres branches de l'économie qui sont ses fournisseurs. Si nous suivons une ligne, nous trouvons les ventes de la branche aux autres branches de l'économie, ses clientes.

Prenons, par exemple, les produits sidérurgiques n° 29, dans la colonne réservée à ces produits, nous trouvons les achats de l'ensemble des entreprises sidérurgiques en combustibles minéraux solides, en minerai de fer, en ferraille, en divers métaux non ferreux, en matériaux de construction pour les fours, etc., ainsi que les frais de transports, et certains frais pour services.

Suivons maintenant la ligne n° 29. Nous y trouvons la vente de produits sidérurgiques aux diverses branches de la nomenclature. Les principales ventes sont évidemment celles destinées aux branches consommatrices : première transformation de l'acier, automobiles et cycles, machines et appareils mécaniques, construction navale (voir le tableau).

Tableau des échanges entre les branches.

(En milliards de francs.)

ACHETEURS ➤ / VENDEURS ▼	1 AGRICULTURE		29 SIDERURGIE		46 AUTOMOBILES et cycles	47 CONSTRUCTION navale.		95 LOYERS et fermages.	TOTAL des ventes.	MENAGES	ADMINISTRATION	EQUIPEMENT	EXPORT	TOTAL général.
1. — Produit de l'agriculture.	»		»		»	»		»	»	»	»	»	»	»
. . . . . .														
11. — Combustibles solides.	»		100		»	»		»	»	»	»	»	»	»
. . . . . .														
28. — Minerai de fer.....	»		50		»	»		»	»	»	»	»	»	»
. . . . . .														
29. — Produits sidérurgiques.	»		»		130	30		»	370	»	10	15	200	800
. . . . . .														
95. — Loyers et fermages.	»		»		»	»		»	»	»	»	»	»	»
Total des achats.....	»		330		»	»		»	»	»	»	»	»	»
Marges commerciales.....	»		30		»	»		»	»	»	»	»	»	»
Importations	»		80		»	»		»	»	»	»	»	»	»
Taxes d'importations......	»		10		»	»		»	»	»	»	»	»	»
Valeur ajoutée...........	»		350		»	»		»	»	»	»	»	»	»
Total général.....	»		800		»	»		»	»	»	»	»	»	»

(Les chiffres donnés dans ce tableau à titre d'exemple n'ont qu'une valeur conventionnelle; toutefois on s'est efforcé de respecter les ordres de grandeur).

Ce tableau donne quelques indications, mais ne reproduit pas les 64 branches, ni tous les chiffres des branches indiquées. Celles-ci n'étant pas numérotées de façon continue, il ne faut pas s'étonner que la dernière branche porte le numéro 95.

Que lisons-nous dans ce tableau ?

Que la sidérurgie (colonne 29) achète dans l'année pour 100 milliards de charbon (ligne 11).

Que la valeur totale des produits sidérurgiques disponibles, calculée au prix de vente, s'élève à 800 milliards de francs, mais seulement à 710 pour les produits nationaux. Dans ce chiffre, le charbon (incorporé directement) est intervenu pour 100 milliards. Il y a donc dans 1.000 F d'acier 140 F de charbon. Mais ce tableau ne nous donne pas la valeur totale de charbon inclus dans l'acier par voie indirecte (minerai de fer, etc.)

Quelques précisions doivent être données sur la nature des achats et des ventes ainsi enregistrés dans ce tableau carré: *Il s'agit des seuls achats nécessaires à la production*, c'est-à-dire des achats de matières premières, des frais de transports et des services payés par l'usine qui fabrique le produit.

Les biens d'équipement nécessaires à la construction des usines ne figurent pas dans le tableau. Cette exclusion des équipements pose un problème, en particulier pour l'entretien de ces équipements.

La convention suivante a été retenue: en principe, le gros entretien est exclu des achats courants et le petit entretien compris dans ceux-ci. Ainsi les achats de matériaux pour les revêtements des hauts fourneaux sont considérés comme des achats courants, car ils doivent être renouvelés assez souvent. Dans la pratique, la répartition entre petit et gros entretien présente un certain arbitraire.

Passons maintenant aux ventes: celles qui sont enregistrées dans le tableau carré sont uniquement les ventes faites par la branche intéressée aux autres branches de l'économie, qui les utilisent elles-mêmes pour leur propre production, en tant qu'éléments de production courants.

Dans ce tableau ne figure aucune vente au consommateur final, que celui-ci soit un particulier ou un établissement productif. Qu'est-ce à dire? Ceci signifie qu'une machine fabriquée, par exemple, par la branche « machines et appareils mécaniques » et livrée à une entreprise sidérurgique à titre de bien d'équipement n'est pas inscrite dans les ventes de la branche « machines et appareils mécaniques » à la branche « produits sidérurgiques ». Il ne s'agit pas, en effet, d'un achat courant nécessaire à la production.

Il en est de même d'une machine à laver utilisée par un ménage et, plus généralement, de tout article acheté par un ménage.

Ainsi limité à de telles opérations, ce tableau carré doit être complété par d'autres indications, pour obtenir le grand tableau des ressources et emplois des biens et services.

Ces indications, nous les trouvons dans la branche inférieure ou dans la branche de droite, qui complètent le tableau carré.

5. *Les deux bandes complémentaires.*

Dans la bande inférieure, nous trouvons notamment la valeur ajoutée par la branche productrice et le commerce et les importations de produits de cette branche. Nous obtenons ainsi le total des ressources disponibles en produits de cette branche, par exemple, disponibilités en fer, en charbon, etc., en textiles, etc.

Dans la branche de droite, sont donnés les emplois finals des produits de chaque branche, qu'il s'agisse de biens de consommation directe ou de biens d'équipement.

Voyons de plus près les uns et les autres:

6. *La bande inférieure: les disponibilités.*

Reprenons les indications fournies pour chaque branche, dans chaque colonne du tableau carré. Le total des achats effectués par une branche donnée n'est qu'un des éléments de la valeur du produit final de la branche puisque les produits ainsi achetés sont transformés par la branche qui les a acquis. Pour obtenir le produit final de cette branche, il faut ajouter la « valeur ajoutée » par la fabrication, différente entre la valeur des ventes au commerce et le coût des achats, déjà calculé. Cette différence correspond aux salaires, aux profits, aux amortissements et aux impôts payés par la branche productrice.

Si, en outre, on veut obtenir la valeur des biens vendus au consommateur, il faut tenir compte aussi des marges commerciales.

Enfin, pour avoir les disponibilités nationales, il faut additionner les produits importés.

Ainsi, au bas du tableau carré s'ajoute une série de lignes consacrée:

— aux importations,
— aux droits et taxes afférents à ces importations,
— à la « valeur ajoutée » par la branche productrice,
— aux marges commerciales.

L'addition de tous ces postes donne les ressources totales du produit

7. *La bande de droite: utilisations.*

Suivons à nouveau une ligne du tableau carré. Les chiffres concernant les ventes de la branche intéressée aux autres branches pour les besoins courants de leur production. La totalisation de ces ventes fournit la consommation en produits de cette branche par les autres branches productives. Mais tous les produits de la branche ne figurent pas dans le tableau carré. Pour obtenir le produit total de la branche, il faut ajouter aux ventes à des échelons intermédiaires, les ventes aux consommateurs finals, c'est-à-dire à des entreprises, dans le cas des biens d'équipement, à des particuliers, dans le cas des biens de consommation directe, ou encore à l'administration ou à l'étranger.

Quatre colonnes supplémentaires sont donc ajoutées à droite du tableau carré:

— ventes aux ménages, c'est-à-dire aux particuliers,
— ventes à l'administration,
— formation brute de capital fixe (c'est-à-dire les ventes de biens d'équipements aux entreprises),
— exportations.

Le total des chiffres inscrits dans les colonnes ainsi ajoutées à la droite du tableau donne, pour chaque produit, le total des emplois, chiffre égal à celui qui figure en ressources, au bas de la colonne du numéro correspondant.

Telle est sommairement décrite, la structure du tableau actuel qui donne ou donnera pour chaque groupe de produits, la répartition des ressources, ainsi que celle des emplois.

Nous allons maintenant voir comment cette présentation se raccorde aux comptes de la nation et aux agrégats du revenu national.

8 *Relations du tableau français avec les comptes de la nation et les agrégats du revenu national.*

La comptabilité nationale française distingue « les comptes d'agents » et les « comptes d'opérations ».

Les « comptes d'agents » retracent les activités courantes et en capital qui s'effectuent entre les principales parties de la vie économique. Trois catégories sont traditionnellement retenues: les ménages, les entreprises, l'administration. A ces comptes est rattaché le compte « extérieur » qui a la même structure qu'un compte d'agent, l'extérieur étant considéré comme un pôle de l'activité économique, au même titre que les ménages ou les entreprises (1).

Les « comptes d'opérations » récapitulent essentiellement les opérations sur biens et services, les opérations financières, d'autre part, effectuées globalement dans l'économie au cours d'une année.

C'est au compte des opérations sur biens et services que se rattache le compte des ressources et emplois que nous venons d'analyser. Mais le lien n'est pas direct. En effet, le compte des opérations sur biens et services comprend du côté des recettes un poste « Produit final » des entreprises.

Ce poste n'a pas de correspondant direct dans le tableau que nous venons d'analyser. Le produit total des différentes branches, qui est l'expression dernière de ce tableau, ne correspond pas au produit final. Celui-ci ne comprend, en effet, que les biens et services directement livrés au consommateur ou à l'exportation. Il faut donc déduire du produit total de la branche, la consommation intermédiaire, c'est-à-dire le total des ventes effectuées par la branche au profit d'autres branches de l'économie. On obtient alors le « produit final » de la branche. La totalisation du produit final des diverses branches donne le produit final total des entreprises, qui peut être repris dans le système classique de comptabilité nationale en recette du compte d'opérations sur biens et services.

Par rapport aux agrégats du revenu national, le lien n'est pas direct non plus. La même opération de déduction de la consommation intermédiaire doit être effectuée pour obtenir le « produit final » des diverses branches, chiffre qui peut être alors repris dans le calcul du « produit national » en tant qu'il représente la participation des entreprises à ce produit national.

9. *Méthode d'établissement du tableau.*

La construction du tableau exige un travail statistique si considérable, en raison de la masse de données qui doivent être réunies, que ce travail n'a pu encore être mené à bien, bien qu'il soit commencé depuis cinq ans environ.

Il se pose déjà une question de volume; 64 branches achètent à 63 autres branches, cela représente déjà 4.032 chiffres à obtenir, pour le seul tableau carré.

A cette difficulté purement quantitative, s'ajoute le manque de statistiques appropriées.

(1) V. pour une étude plus détaillée les rapports de MM. Le Brun (déc. 1952) et M. Sauvy (mars 1954).

Les pays qui ont entrepris de constituer des tableaux d'échanges de cette nature, ont tous rencontré des difficultés d'ordre statistique, même ceux qui disposaient d'une documentation statistique abondante. Quand les statisticiens américains ont établi leur premier grand tableau d'échanges intersecteurs en 1947, ils avaient à leur disposition un matériel particulièrement important. Malgré cette richesse, ils ont éprouvé de grandes difficultés à remplir leur tableau, car les informations disponibles ne correspondaient pas exactement aux rubriques du tableau. Ces renseignements avaient été collectés pour d'autres objets, si bien que les données disponibles ne s'adaptaient pas correctement aux nécessités de l'analyse des échanges inter-secteurs.

D'après les renseignements fournis à une mission du S. E. E. F., des difficultés de cet ordre existent même en Union soviétique, où la documentation statistique sur la production et les échanges entre les diverses branches de l'économie devraient être, semble-t-il, suffisante. Mais, dans ce pays, également, se retrouve le problème de l'adaptation du matériel statistique aux besoins de l'étude des échanges inter-secteurs.

En France, où la documentation statistique reste encore bien médiocre, malgré les progrès accomplis, il est particulièrement difficile d'établir un tableau d'échanges intersecteurs du type actuellement en cours d'étude au ministère des finances, c'est-à-dire fondé sur l'analyse des échanges entre diverses branches homogènes.

La plupart des renseignements disponibles n'ont pas pour base les grandes branches de l'économie, mais les « secteurs » entre lesquels se divise cette économie (1). En effet, la source principale de renseignement est l'entreprise et celle-ci fournit des informations sur l'ensemble de son activité, sans distinguer ce qui relève de telle ou telle branche d'activité. Cette distinction pose, du reste, à l'entreprise des problèmes spécieux, lors de sa comptabilité usuelle.

C'est sur la base des résultats obtenus par secteurs, pour l'année 1951, que le S. E. E. F. s'est efforcé de monter un tableau par branches, en répartissant les opérations de chaque secteur par groupes de productions homogènes.

Nous avons donc à suivre deux étapes.

10. *La première étape: le tableau d'échanges entre les groupes d'entreprises.*

Pour remplir les diverses parties de ce tableau, quatre séries de renseignements statistiques doivent être recherchés: les achats et les ventes de chaque « secteur » le produit total du « secteur », enfin la valeur ajoutée de ce « secteur ».

Quatre sources statistiques principales ont fourni ces informations: *le ministre de l'industrie et du commerce et l'I. N. S. E. E.*, pour les statistiques de production et de chiffres d'affaires, *la direction générale des prix et des enquêtes économiques*, qui possède des dossiers sur chaque « secteur » de l'économie, enfin *la direction générale des impôts* qui dispose des statistiques fiscales.

Toutes ces données, recueillies par ces diverses administrations, ont pour base l'entreprise; elles sont donc adaptées à une analyse des échanges entre les « secteurs » de l'économie, tels que définis par le S. E. E. F.

L'ensemble des informations ainsi réunies est de valeur très inégale. La valeur des statistiques fiscales varie selon les fraudes et la présentation de ces statistiques, conforme aux objectifs propres des administrations fiscales, rend leur interprétation économique quelquefois très délicate.

Les statistiques du chiffre d'affaires sont elles-mêmes de valeur inégale, selon les secteurs. Satisfaisantes pour les secteurs concentrés et fortement organisés sur le plan professionnel, elles sont fort médiocres dans les secteurs où la production est très hétérogène et élaborée par de très nombreuses entreprises.

Enfin les données sur la « valeur ajoutée », c'est-à-dire sur la différence entre le produit total du secteur et le montant des achats aux autres secteurs, restent très incomplètes.

L'établissement du tableau économique de 1951 s'est donc révélé très délicat et la valeur des chiffres qu'il réunit est inégale. On a estimé malgré tout que ce tableau méritait d'être publié (2).

A son tour il a constitué la base de départ du second tableau actuellement à l'étude et fondé sur l'analyse des échanges entre branches homogènes.

(1) Distinction donnée plus haut.

(2) Voir: Ministère des finances, des affaires économiques et du plan, le tableau économique de l'année 1951, Paris, imprimerie nationale, 1957.

11. *La deuxième étape: l'établissement du tableau des échanges inter-branches.*

Le tableau des échanges inter-branches est établi pour l'année 1956.

Les données de base sont celles du tableau de 1951, ventilées non plus par secteurs, mais par branches. Ce travail est particulièrement délicat.

Dans certains cas cependant, quand les secteurs ne sont pas très hétérogènes, la ventilation par branches ne soulève pas de difficultés considérables.

Dans d'autres cas, on peut disposer de renseignements par branches grâce aux travaux des directions techniques du ministère de l'industrie et du commerce (cas de la chimie) ou des travaux des commissions de modernisation du plan, qui ont eu souvent pour premier objet de décrire, de façon aussi précise que possible, les diverses branches de l'économie.

Mais dans de nombreux cas, la ventilation des renseignements disponibles, par branche, n'a pu être faite que très grossièrement, de telle sorte que le document actuel ne peut être considéré que comme un document de travail et non comme un document à publier rapidement.

Les difficultés de ventilation sont particulièrement sérieuses pour les renseignements sur la « valeur ajoutée », de chaque branche. Il est en effet relativement aisé de ventiler les achats, les ventes, la valeur totale du produit des secteurs entre les branches, car il est possible de recueillir des renseignements directs sur chacun de ces éléments, tout au moins sur les deux derniers.

Par contre, ventiler entre les diverses productions d'une même entreprise, les salaires et surtout les profits et les impôts, représente un travail très difficile non seulement sur le plan statistique, mais également sur le plan des principes. Dans l'état actuel de la documentation, il ne peut-être effectué qu'avec d'assez larges approximations et incertitudes.

Les données sur la consommation (bande de droite) ont été élaborées par le C. R. E. D. O. C.

Quant aux chiffres du commerce extérieur, leur ventilation suivant les branches a obligé à entreprendre un regroupement des articles de la nomenclature sur des bases toutes nouvelles.

12. *Progrès nécessaires.*

Des progrès sensibles restent donc à accomplir sur la documentation statistique, avant que le tableau des échanges inter-branches soit mis au point.

De ces progrès, le plus important serait celui qui résulterait d'un *recensement industriel*. Les informations dont disposent à l'heure actuelle les statisticiens restent, en effet très dispersées. Elles portent sur les résultats de la production plus que sur le processus de fabrication et notamment des achats et des ventes de branche à branche.

Un recensement industriel s'avère donc indispensable. Et le Conseil doit souhaiter que les travaux préparatoires entrepris à cet égard soient poursuivis et accélérés.

De même actuellement des recensements agricoles permettent d'améliorer les statistiques actuelles.

Enfin, il serait très intéressant que ces recensements industriels et agricoles faits de manière à couvrir l'ensemble des activités productrices soient analogues à ceux faits en d'autres pays d'Europe occidentale et aboutissent à des résultats comparables.

TROISIEME PARTIE

UTILISATION DES TABLEAUX D'ECHANGES

Si le tableau français d'échanges inter-branches n'a pu être encore définitivement établi pour aucune année, il n'en est pas de même dans certains autres pays étrangers, ainsi que nous l'avons vu dans la première partie de ce rapport.

Aux Etats-Unis, notamment, un tableau des échanges pour l'année 1947 a été publié dès 1957. En Italie, aux Pays-Bas, en Norvège, des tableaux de cette nature ont été également établis et utilisés.

En France, même, bien que le tableau des échanges inter-branches n'ait pas encore été publié, le tableau en cours d'étude a déjà été utilisé à plusieurs travaux.

Les diverses expériences ainsi réalisées montrent l'intérêt des tableaux d'échanges et les services qu'ils peuvent rendre, tant pour l'analyse de la situation économique à un moment donné que pour la prévision économique.

L'intérêt du tableau d'échanges en ce domaine est triple:

a) Il permet une étude assez poussée de la cohérence entre elles des diverses données statistiques disponibles sur la situation économique;

b) Il fournit une description détaillée de l'activité des diverses branches de l'économie;

c) Il facilite la prévision économique.

1. *Etude de la cohérence des données statistiques.*

En France, les données statistiques disponibles sont très dispersées et, certaines d'entre elles peu sûres. Il n'y a pas de description statistique d'ensemble, quelque peu complète, de l'activité industrielle. Cette carence explique, nous l'avons vu, que le tableau d'échanges inter-branches soit si difficile à établir et qu'il faille employer pour le remplir, des statistiques de nature très diverses et de valeur très inégale.

Mais, par sa structure même, le tableau permet de faire la synthèse de toutes les informations et de recouper les indications disponibles, chaque achat de la branche A à la branche B peut être obtenu de deux façons: par la statistique des achats fournie par les établissements A et par la statistique des ventes fournies par la branche B: chaque chiffre est donc recoupé.

Cette possibilité de recoupement a permis de corriger de nombreuses données tenues jusque là pour bonnes et d'en préciser d'autres, jusque là fort incertaines.

S'agit-il simplement d'un sous-produit ?

Non. Cet intérêt des tableaux d'échanges est en effet si grand que certains pays ont entrepris à l'origine la construction des tableaux d'échanges dans la seule perspective d'améliorer leurs statistiques de revenu national. C'est le cas notamment pour les économistes anglais et norvégiens.

2. *Description de l'activité des diverses branches de l'économie.*

La description du tableau français d'échanges inter-branches a montré, sur l'exemple des produits sidérurgiques, l'intérêt que pouvait présenter un tableau de cette nature. Ce tableau ne donne pas en effet seulement la production totale de chaque branche, mais également ses éléments composants, les achats faits aux autres branches avec une répartition assez détaillée de ses ventes entre les diverses catégories d'utilisateurs. Il permet d'apprécier la place de chaque branche dans l'économie nationale, ainsi que ses liens avec les autres branches.

Il présente donc un sérieux intérêt pour les organisations professionnelles et syndicales, comme pour les entreprises.

3. *La prévision économique.*

Les tableaux d'échanges ont permis à la prévision économique de faire des progrès considérables, en lui donnant un instrument de travail précis, qui manquait jusqu'ici. Tant que l'on ne connaissait pas de façon suffisamment précise les divers processus de production à l'intérieur d'une économie, la prévision de la production ne pouvait être que très incertaine. De même en l'absence de toute information sur la répartition entre les diverses branches de l'économie de la demande résultant d'un accroissement donné des revenus, il était bien difficile de supputer par exemple, les conséquences d'une augmentation des salaires sur la demande des divers produits et, par suite, sur la production des diverses branches.

Ces deux questions correspondent à deux formes d'utilisation différentes du tableau: l'une repose sur le calcul de coefficients techniques, l'autre sur l'inversion des données du tableau.

4. *Le calcul des coefficients techniques et son utilisation.*

Le principal intérêt des tableaux d'échanges est de fournir un très grand nombre de « coefficients » caractéristiques de l'activité des diverses branches de l'économie. Particulièrement importants sont les « coefficients techniques », qui expriment les rapports entre les achats de biens et services d'une branche et la production de cette branche. Ces coefficients expriment les relations techniques qui existent entre les diverses formes de l'activité économique.

Ils donnent, par exemple, la quantité de charbon (la valeur plus exactement) contenue dans une tonne d'acier.

Sans doute, les relations techniques ainsi mises en valeur dépendent-elles de la technique elle-même. Actuellement la production d'une tonne d'acier suppose une quantité donnée de charbon, c'est là un coefficient technique que l'on retrouve dans le tableau d'échanges. Mais ce coefficient peut varier dans le temps, car un progrès technique peut permettre de réduire la quantité de charbon nécessaire à la production d'une tonne d'acier. Il n'en reste pas moins qu'à court terme et dans une large mesure à moyen terme, ces coefficients restent dans l'ensemble valables. Les progrès techniques ne se font pas si rapidement ou tout au moins ne se réalisent pas tous en même temps.

L'intérêt de tels coefficients pour la prevision économique apparaît immédiatement. Chaque année, par exemple, la S. E. E. F. prévoit pour la préparation du budget économique de la nation, le niveau qu'atteindra la production nationale au cours de l'année suivante. Les renseignements dont il dispose sont divers, très dispersés selon les branches de l'économie. Replacés dans un tel cadre, ces renseignements deviennent utilisables. Si l'on connaît par exemple la tendance dans l'industrie automobile pour l'année qui vient, en fonction du carnet de commandes, il devient possible de déterminer quel sera le montant des achats effectués par cette industrie aux autres branches de l'économie et, de proche en proche, de déterminer au moins partiellement le niveau d'activité de ces branches.

Cette technique a été largement utilisée aux Etats-Unis, tant pour les besoins des programmes d'armement pendant la guerre de Corée que pour le maintien du plein emploi au cours de l'année 1950.

Tout récemment cette méthode a été employée par l'O. E. C. E. pour déterminer les niveaux d'activité de certaines branches au cours des prochaines années. Des travaux de cette nature ont été effectués par les comités du charbon, de l'électricité, du pétrole, du gaz, de la sidérurgie, des pâtes et papiers, des textiles, des transports maritimes, des produits chimiques et du ciment.

En France, la S. E. E. F. utilise ces méthodes pour calculer le montant de la production nationale dans l'année à venir, ainsi que nous venons de le signaler.

Mais les tableaux d'échanges ne servent pas seulement à ces travaux de prévision économique générale. Ils peuvent jouer également un grand rôle dans les études prévisionnelles faites sur des branches particulières par les entreprises, les syndicats professionnels ou les organismes d'actions. Les tableaux d'échanges apparaissent en effet, comme l'un des instruments essentiels des études de marché.

Les tableaux font apparaître en effet pour chaque branche l'importance de ses débouchés. Ils permettent de juger de la cohérence des prévisions faites pour certains d'entre eux.

Mais il faut aller plus loin encore:

Les tableaux d'échanges lorsqu'ils ont été présentés permettent de déterminer les importations directement nécessaires. Des coefficients d'importation peuvent être dégagés, qui deviennent alors indispensables à la préparation des programmes d'importations ou simplement à la politique générale du commerce extérieur.

Dans l'étude du niveau des prix et des répercussions d'une augmentation des prix des matières premières sur les prix des produits fabriqués, les tableaux d'échanges peuvent apporter également des informations sûres. Prenons par exemple une hausse des matières premières de tel type de 10 p. 100. Le tableau d'échanges permet de déterminer d'une part la répartition des ventes de ces matières premières entre les diverses branches de l'économie, d'autre part le pourcentage que représente dans la valeur totale de la production de la branche les achats de celle-ci en matières premières de ce type. Les répercussions de la hausse des prix de ces matières premières sur le coût de la production de chaque branche peuvent donc être appréciées si les branches entre lesquelles l'économie est divisée sont suffisamment nombreuses pour que les divers types de matières premières correspondent à une branche particulière. Ces calculs supposent que les majorations de prix sont intégralement répercutées, ce qui peut ne pas être le cas en période de dépression ou de marché difficile. Tout ou moins obtient-on ainsi une limite supérieure.

5. *L'inversion de la matrice.*

C'est là une opération importante qui permet de nouvelles utilisations.

Les coefficients techniques ne donnent que la consommation directe, par exemple la valeur de charbon directement nécessaire à la production d'un franc acier (d'où l'on peut déduire les quantités). Mais il peut être utile de connaître la valeur (ou la quantité) totale d'une matière utilisée, directement ou indirectement, à l'obtention d'un produit déterminé. Par exemple, la production d'une voiture exige non seulement l'énergie consommée par le constructeur d'automobiles, mais celle consommée par le transport de l'acier nécessaire, la fabrication de cet acier, etc.

Nous retrouvons l'argument classique cité plus haut. Combien de crayons faut-il pour produire un char de combat ?

La réponse n'est pas fournie par le tableau des échanges vu plus haut. Pour l'obtenir, il faut résoudre un laborieux système d'équations du premier degré. Ce problème jadis insoluble en pratique, est aujourd'hui surmonté par la machine électronique, à condition encore que le nombre de lignes et de colonnes du tableau ne dépasse pas un certain nombre de chiffres.

Cette opération est appelée « inversion de la matrice ».

La matrice inversée fournit une réponse directe à une quantité importante de questions; elle permet, par exemple, de savoir combien de devises exigera, directement ou indirectement, un programme d'investissements supplémentaires.

6. Rapports avec le régime économique.

On entend souvent dire que la méthode des échanges intersecteurs est un instrument de planification économique. Une telle opinion introduit une grosse confusion. La méthode fournit des indications; mais de celles-ci on peut tirer l'usage que l'on voudra.

Une bonne information sur la structure économique peut être utilisée aussi bien en U. R. S. S. à dresser un plan précis de fabrication qui sera réparti entre les entreprises, que dans un régime beaucoup plus libéral que le nôtre, à informer les chefs d'entreprise qui ont des décisions à prendre, notamment en matière d'investissements. « Lorsque la puissance publique éclaire des rues, ou des routes, elle facilite la tâche des conducteurs sans leur imposer en rien le chemin qu'ils doivent prendre. »

Nous allons voir mieux encore cette distinction essentielle entre l'action d'éclairer et l'action proprement économique, en examinant les utilisations qui seront possibles à l'avenir.

7. La prévision de la production à moyen terme.

Plaçons-nous d'abord dans le cas d'un plan d'Etat tel qu'il peut exister en régime socialiste ou bien en régime capitaliste en temps de guerre. Ce fut précisément le cas des Etats-Unis pendant la guerre de Corée. On se trouve alors en mesure de commander dès le départ, non seulement les produits finis désirés, mais toutes les matières premières nécessaires. Le programme ne risque pas d'être arrêté par quelque goulot imprévu, par des retards dans certaines livraisons.

La production de toutes choses est alors déterminée par le plan en produits finis.

Mais, comme dans notre régime, la demande privée joue, au moins en temps de paix, un rôle très important, il est impossible de l'ignorer.

8. Prévision de la demande.

Le consommateur reste entièrement libre d'affecter son revenu à l'usage qui lui convient. Mais cette liberté individuelle n'est pas incompatible avec une prévision collective.

En particulier, il est indispensable de savoir à quoi seront employés les revenus supplémentaires gagnés par les individus au cours d'un plan de développement.

Trois moyens ont été proposés ou employés :

a) Répartition des dépenses suivant le revenu:

La structure d'un budget familial se modifie lorsque le revenu augmente. La consommation de pain ou de pommes de terre n'augmente pas ou même diminue, alors que celle de viande, ou, à un degré déjà plus poussé, de voyages augmente.

Des enquêtes de budgets de famille suivant le revenu donnent donc une réponse intéressante. Si un employé gagnant 500.000 F par an voit son traitement porté à 550.000 F, la dépense va se rapprocher de celle de l'employé qui gagne déjà 550.000 F;

b) Comparaison avec les pays étrangers:

Le pays de civilisation analogue, mais ayant un revenu par habitant un peu plus élevé, montre, dans une certaine mesure, le chemin.

c) Enquête directe sur les besoins:

Elle consiste à demander à un certain nombre de personnes constituant un échantillon représentatif à quoi elles emploieraient une augmentation de leur revenu s'élevant, par exemple, à 10 p. 100. A la veille de la guerre de Corée, au printemps 1950, l'institut national d'études démographiques a entrepris une telle enquête. D'autres ont été faites depuis.

La méthode n'est certes pas d'une sûreté totale. En particulier, même si les enquêtés répondent de façon pleinement sincère, leurs réponses sont en général plus « vertueuses », plus idéales qu'elles le seront dans la pratique, lorsque jouera, par exemple, la force de l'étalage et de la publicité.

***

Néanmoins, en recoupant les trois méthodes, on peut obtenir des données d'une grande utilité. Mieux vaut évidemment un renseignement approximatif que la nuit complète, à condition que la précision de ce renseignement ne soit pas surestimée. Nous retrouverons ce principe tout au long de l'exposé.

Il faut essayer de tenir compte aussi de changement régulier dans le temps par le changement des générations.

Enfin, il faut noter que la mesure des élasticités de consommation a fait, en France, de grands progrès, ces derniers temps, en particulier grâce au C. R. E. D. O. C. Elle rend déjà de grands services.

9. Prévision générale à moyen terme.

Nous allons donner maintenant un schéma de ce que pourrait être la prévision, dans un régime conforme au nôtre, où seraient connus les coefficients techniques d'échanges et les élasticités de consommation.

Supposons comme point de départ qu'il paraisse techniquement possible d'accroître de 12 p. 100 la production globale en 3 ans. Cette donnée globale résulte de nos connaissances et de l'expérience générale; du reste, elle pourrait être modifiée précisément par le calcul de prévision. C'est un chiffre provisoire de départ.

Si les particuliers voient leur revenu s'accroître de 12 p. 100, les consommations des divers produits, céréales, animaux, textiles, produits métallurgiques, etc, vont varier inégalement.

Notre calcul nous dira, par exemple, que la consommation doit s'accroître de 5 p. 100 pour les céréales, de 12 p. 100 pour la viande, de 15 p. 100 pour les scooters, de 40 p. 100 pour les télévisions, etc (chiffres donnés seulement à titre d'exemple).

Cet ensemble d'indications serait déjà très utile en lui-même, sans que la puissance publique recoure à aucun plan. Elle fournirait, en effet, aux entreprises, une information extrêmement précieuse.

10. Les aléas.

Certes, même en utilisant des statistiques d'excellente qualité, l'avenir ne se laissera pas maîtriser de façon complète. Mentionnons les principaux aléas:

a) *Inégalité des récoltes et de la production d'énergie électrique* sous l'influence des conditions atmosphériques.

Cet aléa peut être combattu par des régulateurs, notamment le stockage;

b) ***Découverte scientifique ou technique.*** Mais sur une période assez courte, les changements ne doivent pas être importants;

c) *Influences extérieures,* telles que dépressions économiques chez les clients et variations de prix chez les fournisseurs;

d) *Politique économique.* Cet aléa subsistera en tout état de cause, mais une prévision correcte aurait précisément pour effet de la réduire.

Faut-il abandonner toute idée de prévision, en raison des erreurs possibles ? Nullement.

Le service météorologique a fait de grands progrès sans parvenir, pour autant, à assurer des prévisions toujours correctes. Les marins ou aviateurs ne manquent cependant jamais de « prendre la météo » alors même que la responsabilité juridique de celle-ci n'est en rien engagée.

Dans un régime où l'iniative reste libre, notamment en matière d'investissements, les décisions individuelles pourraient être très inégales, mais leur ensemble se rapprocherait cependant des objectifs considérés comme probables et qui pourraient, du reste, être modifiés en cours de route.

Les progrès que les entreprises hésitent à faire s'il s'agit de production, que les salariés hésitent à accepter, s'il s'agit de productivité, seront cette fois mieux acceptés, parce que la contrepartie débouchés aura été mieux mise en évidence.

Ainsi, par ce moyen, le rythme général de progression pourrait être accéléré. La marche de l'économie ne serait plus tâtonnante, mais plus rapide, parce que plus éclairée.

En outre, les adaptations de structure, les « conversions », toujours si délicates et pénibles, seraient rendues plus faciles, en particulier par l'orientation des nouvelles générations.

Il est vrai que cette amélioration exigerait un perfectionnement de la méthode des échanges, dont il nous faut dire quelques mots; il s'agit de l'emploi.

11. *Emploi et population active.*

Tous les problèmes économiques, tout au moins dans la partie productive, se ramènent à des questions de population active. L'économie, ce sont des hommes qui exercent une activité déterminée, vers un objectif déterminé.

Admettons que les prévisions de consommation à 5 ans par exemple, soient parfaitement correctes et qu'elles soient suivies avec rigueur par les entreprises, dans leurs plans d'investissements et de fabrication.

Elles pourraient se trouver cependant arrêtées, du moins certaines d'entre elles, par l'insuffisance du personnel propre à une tâche donnée, insuffisance qui aurait pour pendant, un déplorable chômage dans d'autres activités. Ceci arriverait, en particulier, si les nouvelles générations ne s'orientaient pas convenablement en fonction des besoins de la population consommatrice.

Et une fois ces erreurs d'orientation commises, le dommage serait important et durable car un homme formé est prêt à travailler pendant 45 ans à ce qu'il doit faire, à ce qu'il a appris, même si ses capacités ne correspondent pas aux besoins de la société.

La prévision en besoins de divers produits devrait donc être complétée par la prévision des emplois de diverses catégories. C'est le progrès le plus important à accomplir en matière de tableau d'échanges. A notre connaissance, seuls la Hollande et les Etats-Unis ont poussé dans cette direction. Le *Bureau of Labor statistics* des Etats-Unis a étudié une « matrice d'emploi ».

12. *Conclusion.*

C'est en définitive une voie extrêmement fructueuse que celle ouverte par Léontief. Sans doute, les calculs sont-ils ardus, mais comme si souvent dans notre société, l'essentiel est qu'une minorité réduite les établisse et qu'un grand nombre de personnes puisse les utiliser.

Nous pourrions, ici encore, rappeler l'exemple de la météorologie, mais bien d'autres surgissent spontanément à notre esprit: on peut utiliser un poste de télévision, sans posséder la moindre connaissance sur la physique des ondes.

En matière d'échanges intersecteurs, l'effort de diffusion a, jusqu'ici, été nettement insuffisant; il est cependant indispensable, pour donner aux recherches elles-mêmes le stimulant nécessaire.

Quelques années gagnées dans le maniement de cette technique peuvent avoir un résultat considérable absolument disproportionné avec l'effort accompli. En cette matière, le résultat à attendre « output » est démesuré par rapport à la mise « input ».

Liste des branches retenues dans le tableau des échanges intersecteurs.

NUMERO	NOUVELLES BRANCHES	
01	Produits de l'agriculture.	01, 03, 07, 09, 10, 13, 150, 151, 152, 153.
02	Produits des industries agricoles et alimentaires.	02, 04, 05, 06, 08, 11, 12, 14, 15, (sauf 150, 151, 152, 153, 16, 17, 18, 19, 510, 50).
11	Combustibles minéraux solides.	20 (sauf 208).
12	Pétrole brut	210.
13	Gaz naturel	211.
14	Produits pétroliers raffinés.	22.
15	Gaz	230.
16	Electricité	235.
17	Eau et divers	238, 239.
20	Minéraux divers	260, 261, 262, 263, 27, 307, 315, 516, 517, 518.
21	Matériaux de construction.	264, 28, 29, 307, 309.
04	Déchets de métaux non ferreux.	247, 248.
23	Minerais métalliques non ferreux.	24 (sauf 247, 248, 302).
24	Aluminium	250.
25	Cuivre	251.
26	Autres métaux non ferreux et ferro-alliages.	Tout 25 (sauf 250). 251.
05	Ferrailles	303, 304, 305.
28	Minerai de fer	301, 306.
29	Produits sidérurgiques.	31, 32.
03	Matières premières pour les industries chimiques et diverses.	512, 513, 514, 78.
32	Produits chimiques minéraux.	52.
33	Produits chimiques organiques.	208, 53 (sauf 536, 538).
34	Produits de la parachimie.	54.
35	Produits pharmaceutiques.	536.
36	Caoutchouc	511, 538.
37	Ouvrages en caoutchouc et amiante.	55.
38	Verre	56.
40	Demi-produits en aluminium et alliages.	340.
41	Demi-produits en cuivre et alliages.	341.
42	Demi-produits en autres métaux et alliages.	34 (sauf 340, 341).
43	Produits de la première transformation de l'acier. Fonderie. Travail des métaux.	33, 35, 36.
44	Machines et appareils mécaniques.	37, 38, 39, 40. 41, 42, 43.
45	Machines et appareils électriques.	45, 46.
46	Automobiles et cycles.	44.
47	Construction navale	48.
48	Construction aéronautique.	47.
49	Armements et munitions.	49.
50	Laine	57.
51	Coton	58
52	Autres matières textiles naturelles.	59
53	Matières premières textiles artificielles et synthétiques	60.
54	Fils et filés	61, 62, 63, 690, 691.
55	Ouvrages en filés	64, 65, 66, 67, 68, 69 sauf 690, 691, 71.
56	Cuirs et pelleteries bruts.	72.
57	Cuirs et pelleteries ouvrés.	730, 736.
58	Chaussures et autres articles en cuirs.	731 à 735.
59	Habillement	70.
61	Bois bruts et sciés	74.
62	Demi-produits et ouvrages en bois.	75 (sauf 755, 756).
63	Ameublement, literie	755, 756.
06	Vieux papiers	764.
65	Pâtes à papier	76 (sauf 764).
66	Papiers et cartons	77.
67	Presse et édition	81.
68	Produits des industries diverses.	79, 80.
7	Travaux du bâtiment et génie civil.	
81	Transports ferroviaires et routiers et de navigation intérieure.	
82	Transports maritimes et aériens.	
83	Télécommunications.	
91	Services rendus aux entreprises.	834.
92	Artisans mécaniciens.	
93	Services de santé.	
94	Autres services rendus aux particuliers.	82.
95	Loyers et fermages.	

2° Avis formulé par le Conseil économique au cours de sa séance du 21 avril 1959 sur l'étude des tableaux d'échanges inter-secteurs.

Le Conseil économique,

Vu l'article 4, alinéa 3, de la loi du 20 mars 1951 qui charge le conseil de donner son avis sur les évaluations officielles du revenu national;

Après avoir entendu le rapport présenté par M. A. Sauvy, au nom de sa commission de la conjoncture économique et du revenu national, relatif à l'utilisation de la méthode des échanges intersecteurs,

Emet l'avis (1):

Que l'analyse des échanges intersecteurs présente un intérêt considérable et mérite de forts encouragements,

Que les résultats à attendre de cette technique peuvent être utilisés aussi bien dans un régime où la plus large liberté est laissée aux initiatives individuelles que dans un régime d'intervention,

Que, d'ores et déjà, la politique économique doit être éclairée par quelques-uns des résultats obtenus, soit dans l'action au jour le jour, soit pour le quatrième plan en projet,

Que l'utilisation et l'efficacité de la méthode sont cependant compromises par l'insuffisance quantitative et qualitative des statistiques de base,

Qu'une amélioration de ces statistiques est très souhaitable, en particulier par des recensements industriels et agricoles couvrant l'ensemble des activités productrices, et analogues à ceux faits en d'autres pays d'Europe occidentale, et aboutissant à des résultats comparables (2),

Qu'il soit fait appel dans chaque branche, au concours d'experts en vue de l'amélioration des données et de leur interprétation,

Qu'il convient de maintenir et développer les liens entre les recherches et les études entreprises sur les besoins de la consommation étudiés par d'autres organismes, notamment le C. R. E. D. O. C.,

Qu'il convient d'orienter les recherches vers les besoins en population active et en emplois de diverses catégories.

(1) Le vote a été acquis au scrutin public par 139 voix et 11 abstentions (voir le résultat du scrutin en annexe).

(2) Cet alinéa a été modifié à la suite de l'adoption par un vote à main levée d'un amendement déposé par le groupe de l'agriculture.

Le texte proposé par la commission était le suivant:

« 5. — Qu'une amélioration de ces statistiques est très souhaitable, en particulier par un recensement industriel comparable à ceux faits en d'autres pays d'Europe occidentale. »

ANNEXE

SCRUTIN

sur l'ensemble du projet d'avis.

Nombre de votants 150

Ont voté pour 139

Se sont abstenus 11

Le conseil économique a adopté.

Ont voté pour (139).

Groupe des travailleurs

C. G. T — MM. Bouchaud, Brard, Duret, Fürst, Mme Joannès, MM. Laudet, Le Brun, Leroy (André), Marion, Monjauvis, Paul, Racamond, Subreville.

C. F. T. C. — MM. Bouladoux, Braun, Chaulet, Charuau, Descamps, Espéret, Levard, Liénart, Mayoud, Quirin, Mlle Tribolati, MM. Vandenbussche, Vansieleghem.

C. G. T.-F. O. — MM. Babau, Beyaert, Bomal, Bothereau, Charlot, Cucuel, Degris, Delamarre, Goudy, Lafond, Neumeyer, Peeters, Richard.

C. G. C. — MM. Gondouin, Hervouet, Le Ferme, Malterre.

Groupe des travailleurs intellectuels. — M. Wolff.

Groupe de l'artisanat. — MM. Boulland, Chareille, Chopin, Colomer, Dallant, Lecœur, Ressicaud, Séné.

Groupe de l'agriculture. — MM. d'Andlau, Bidau, Bohuon, Blaise (F. O.), Bonjean, Bouchard, Carroué (C. G. T.), Chatras, Chauvin, Chégut, Collet, Deleau (Jean), Desbarats, du Douet de Graville, Ferré, Forget, Génin, Guellati, Guy-Charon, Hadengue, Haniquaut (C. F. T. C.), Havard, Lacaille, Lepicard, Lequertier, Milhau, Nové-Josserand, Prault, Robin, Rousse, Tardy, Uchard, Van Graefschepe.

Groupe des entreprises privées:

Industrielles. — MM. Auberger, Charvet, Desse, Dumont, Garnier, Mayolle, Meunier, Pisson, Rogliano, Trocmé.

Commerciales. — MM. Ansieau, Demmerlé, Goudaert, Lemaire-Audoire.

Groupe des entreprises nationalisées. — MM. Bour, Le Hénaff, Lutfalla, Verret.

Groupe des coopératives. — MM. Antoni, Benoist, Harasse, de Laulanié, Martin, Schatz, Viaux-Cambuzat.

Groupe de l'Union française — MM. Bellanger, Bicheron (C. G. C.), Bouruet-Aubertot, Carré, Coulibaly (F. O.), Delavignette, Jourdain, Lawrence, Poilay, Pongault (C. F. T. C.), Diallo (C. G. T.-U. G. T. A. N.).

Groupe de la pensée française. — MM. Branger, Dumontier, May, Philip, Sauvy, Soula.

Groupe des associations familiales. — MM. Dary, Houist, Leroy (Louis), de Loynes, Mabit, Noddings, Mme Picard.

Groupe des activités diverses. — M. Montfajon.

Groupe des classes moyennes. — M. Millot.

Groupe des sinistrés. — MM. Aroud, Barat.

Groupe de l'habitat. — M. Robert.

Se sont abstenus (11).

Groupe des entreprises privées:

Industrielles. — MM Cagniard, Defond, Gingembre, Kruger.

Commerciales — MM. Barlangue, Chauchard, Deleau (Gustave), Laguionie, Paquette, Stoll.

Groupe des associations familiales. — M. Vinot.

Paris. — Imprimerie des Journaux officiels, 31, quai Voltaire.